

Seminariedag SÖSR Traumasystem 13.04.2018

W. Antepohl: Rehabilitering inom traumavården

Vilka förväntningar finns ute i verksamheten? I Sverige står rehab på tre ben (spinalskador, hjärnskador och kronisk smärta). Kliniken hette tidigare Neurorehab. Hårt pressade vad gäller tillgängliga slutenvårdsplatser – detta skapar frustration ute i verksamheterna. Ryggmärgsskadade följs hela livet och övriga patienter kan ha uppföljningstider på upp emot 5 år. Fallolyckor hos äldre är den största gruppen pt med traumatiska ryggmärgsskador. Icke traumatiska skador står för en stor andel. Högspecialiserad rehab bedrivs i Göteborg, Linköping, Lund, Sthlm, Umeå och Uppsala – ingen klarar av uppdraget och är beroende av platser ute i regionen. I framtiden önskar man arbeta ännu närmare som EN enhet. Önskemål om en outreach verksamhet. För att pt skall bli aktuell för rehabilitering måste det finnas en rehabiliteringspotential. För patienter med TBI finns det brist på ca 20 vårdplatser bara i RÖ – det finns en plan i RÖ för att förbättra detta. RJL har även haft frågan uppe men än så länge inga konkreta förslag ännu.

T. Axelsson: Traumateamträning

Bolus och underhåll är viktigt att komma ihåg när det handlar om simulering. En-gångs utbildning räcker inte till. Norrköping tränar en gång i veckan, Värnamo har två större övningar per termin. Öva in-situ (dvs. på akutrummet, rtg, eller op.). Lite fokus på tekniska färdigheter och mera fokus på non-technical skills. Men, skarpa grejer måste hittas, dukas upp och provas! Lagarbete, kommunikation är ledord för övningarna. Sammanfattningsvis – LESS is MORE, förutom att man behöver MORE övning.

D. Bäckström: Injury mortality in Sweden; changes over time and the effect of age and injury mechanism

Injury är ett brett ord och inte nödvändigtvis det samma som trauma i den mening vi tänker i detta forum.

Mortaliteten på grund av skador har inte gått ner från 1999-2013 trots ATLS, bra vägar etc. Nästan 50 000 dödsfall, varav 1200 är barn under 17 år. Av barnen dör 84 % utanför sjukhus. I gruppen arbetsför ålder (17-65) är medelåldern för de som dör 59 år – det går inte att extrapolera amerikanska siffror till svensk verklighet. Fallprevention kan vara den viktigaste åtgärden om man vill påverka traumadöd bland äldre människor. Suicid är vanligt även bland barn (25 %). I Sverige har man sannolikt världens lägsta traumarelaterade dödlighet. Den äldre patienten som kommer in har otroligt mycket högre förväntat mortalitet jämfört med barnen. Det avsiktliga (suicid eller överfall) ökar i gruppen barn under 17 år. Den gamla trimodala dödscurvan kan man lägga åt sidan. Det prehospitala systemet måste inkluderas när om man vill påverka mortalitet.

O. Brattström: Hur kan vi använda Swetrau i kvalitetsarbetet

Allmän information om registret, hemsida: www.swetrau.se och HUR använder vi det för att förbättra kvaliteten. KS har ca 1600 fall per år. Man kan konstatera att man i Sverige ligger långt efter när det handlar om kvalitetsuppföljning. Olof visar upp KS siffror och redogör för vägen dit.

K. Taxbro: Dödsfallsanalys och lite till

Praktiska exempel på hur man kan göra dödsfallsanalys och en kort introduktion till hur vi i projektet tänker kring kvalitetsparametrar.

A. Wladis: Trauma i ett vidare perspektiv

I höginkomstländer kommer traumadöd långt ner på listan över vanligaste dödsorsakerna. I ett globalt sett är trauma ett enormt stort problem där man får en fraktion av forskningsmedlen. Möjliga framtida masskades scenarier i Sverige: Väder, terror, krig, IT haveri, pandemier, transport CBRN. KMC har en bred roll inom traumaforskning med mycket fokus på prehospital forskning men även andra projekt med stor spännvidd. Kort information kring Stop the Bleed campaign som spridit sig till andra länder – där lekmän får lära sig hur man begränsar blödning. Det finns ett uttryckt önskemål om att kontakta Wladis om det finns intressanta FoU projekt. Varför ska man satsa på traumakirurgi? Många skäl – landsbygd, terror, katastrof, krig/konflikt/krig.

S. Franzen m.fl.: Traumasystem i SÖSR

Resumé över händelserna som leder fram till där vi står i dag. Nivåstrukturering kommenteras. RMPG blir RMPO på basen av centrala beslut (som baseras på en redan känd struktur inom SÖSR).

Vi är "tillsagda" att anpassa oss till nationell standard. Patienterna har allt att vinna på att vi gör detta. Samarbete över klinikgränserna är en förutsättning och prestige måste undvikas. Visar upp Nationella Programområden – dessa speglar hela vårdkedjan. Inkluderar även FoU. *Ditte Lindell:* Vårt gemensamma Universitetssjukhus. US vill verkligen leva upp till målbilden som SoS beskrivet. Det kommer dock kräva en resa av utveckling. US har 21 förbättringsförslag att leva upp till. Avgående traumaöverläkare har rapporterat till sina chefer. Det är oerhört viktigt att tjänsten traumaöl blir verklighet inom kort. Mera fokus på funktion än på person.

Ann Josefsson: US vill vara med att skapa ett hållbart traumasystem i SÖSR och listar en rad olika faktorer som US kommer att arbeta med för att uppnå detta. Intensivvårdskapaciteten kommer att utökas och samarbetet kommer stärkas. Patienten alltid välkommen – US löser problemet, remittenten hänvisas inte runt.

O. Henning m fl.: Prehospital triage

Återigen, Sverige ligger lite efter..

Bästa möjliga för så många som möjligt, prioritera för bästa effekt och möjlighet för re-evaluering. Det finns fyra vedertagna färgkoder (RÖD, GUL, GRÖN och svart/vit). Medicinska inriktningsbeslut styr vilka åtgärder som är prioriterade eller uteslutna.

Erfarenheterna baseras i stort på evaluering av tidigare händelser och simuleringar.
Genomgång av olika triage system och för o nackdelar med dessa.
Nya triagesystemet är infört som rutin i RÖ. Rapporter skickas digitalt från ambulans till berörda parter (TiB, SOS och akutmott.). Ansvar för vilket triagesystem som används ligger på landstingen själva och flera olika system finns ute i verksamheterna, detta är olyckligt.

Antecknat av Knut Taxbro