

# Säker Traumavård

Återföringsrapport till Centrallasarettet Växjö

VT 2017

## Innehåll

Säker Traumavård.....	1
Bakgrund och genomförande .....	3
Styrkor i traumavården .....	4
Granskningsteamet har funnit generella styrkor inom följande områden: .....	4
Organisation .....	4
Verksamhet .....	4
Uppföljning/Resultat .....	4
Förbättringsmöjligheter inom traumavården.....	5
Granskningsteamet har funnit förbättringsmöjligheter inom följande områden: .....	5
Organisation .....	5
Verksamhet .....	5
Uppföljning/Resultat .....	5
Region Kronoberg .....	6
Dessa frågor lyfts till den Södra regionens återkoppling .....	6
Traumaövningarna .....	7
Övning 1: Från olycksplats till omhändertagande på akutrummet.....	7
Styrkor: .....	7
Förbättringsområden: .....	7
Övning 2: Röntgen till OP.....	7
Styrkor: .....	7
Förbättringsområden: .....	7
Övning 3, Sekundärtransport till regionsjukhus .....	7
Styrkor: .....	7
Förbättringsområden: .....	8
Sammanfattning av de områden som är mest angelägna att förbättra.....	8
Granskningsteamet föreslår att sjukhuset arbetar med följande åtgärder .....	8
Bilaga.....	9
Kommentarer till rapporten.....	9

### Granskningen har genomförts av:

Abrahamsson Patrik, Ambulanssjuksköterska, Ludvika, FLISA  
 Eriksson Susanna, Operationssjuksköterska, Stockholm, Rfop  
 Mohseni Shahin, Kirurg, Örebro, SFT,  
 Agneta Staaf, leg.sjukgymnast, Malmö, Fysioterapeuterna

FLISA = Föreningen Ledningsansvariga Inom Svensk Ambulanssjukvård  
 SFT= Svensk Förening för Traumatologi  
 Rfop = Riksföreningen för Operationssjukvård

### Kontaktperson för granskningsteamet är:

Abrahamsson Patrik, [patrik.abrahamsson@regionvastmanland.se](mailto:patrik.abrahamsson@regionvastmanland.se), 070-588 34 04



## Styrkor i traumavården

### Granskningsteamet har funnit generella styrkor inom följande områden:

#### Organisation

- Inom sjukhusets organisation finns ett genuint intresse för traumasjukvård
- Det finns beslutsmandat i Medicinsk Grupp i Trauma, MGIT.
- Det finns ett aktivt arbete i lokala traumagrupper som bereder frågor till MGIT
- Det finns definierat vilken kompetens som skall finnas på traumarummet, ex ATLS, ATSS m.fl.
- Det finns traumakoordinatorer och en fungerande KTC.

#### Verksamhet

- Verksamheten bedrivs i funktionella och genomtänkta lokaler. Det är uppenbart att stor tankemöda har präglat hur lokalerna är utformade, utrustade och används.
- Det genomförs regelbundna övningar i ett känt och utarbetat system i en realistisk miljö. Övningen följer det naturliga patientflödet i det akuta omhändertagandet.
- Det framkommer att den prehospitala verksamheten har rutiner och en aktiv traumaträning.
- Det finns en teamleaderutbildning för att stärka ledarrollen vid omhändertagandet.
- Det framkommer att rehabiliteringen av traumapatienten fungerar på ett bra sätt.

#### Uppföljning/Resultat

- Registrerar alla röda larm i Swetrau
- Det har påbörjats genomgång av utvalda röda traumafall.

## Förbättringsmöjligheter inom traumavården

### Granskningsteamet har funnit förbättringsmöjligheter inom följande områden:

#### Organisation

- Styrningen av barntrauma inom region Kronoberg bör definieras
- Kirurgkliniken bör ta ett större ansvar inom traumaorganisationen

#### Verksamhet

- Diskussioner om radiologens och röntgensjuksköterskans roll i det primära omhändertagandet, skall dom larmas via larmtablån, deltaga i traumaomhändertagandet. Det framkom att det finns önskemål om att de ska vara med i larmkjedjan
- Det finns en checklista för traumaomhändertagandet men användandet av den kan förbättras, ex tydligare avstämning
- Det framkommer starka önskemål från olika professioner om att Operationssjuksköterskan ska få kännedom om att det kommer in ett rött traumalarm
- Det saknas en rutin för vem som skall utföra FAST på traumarummet, vem som gör det beror på vilken kompetens som finns i rummet vid just det tillfället, radiolog, kirurg eller anestesilog
- Det saknas kompetensutbyte nationellt och internationellt, alla yrkeskategorier
- Det framkommer önskemål om att involvera transfusionmedicin i ett tidigt skede samt att de ska få delta i övningar
- Blodgasapparat saknas på akutmottagningen, närmaste apparat finns på Blodcentral eller på operation, vilket innebär att en person ur teamet är borta under den tid som blodgas analysen sker. Att införskaffa en apparat till akutmottagningen kan underlätta omhändertagandet för många akuta fall, inte bara traumapatienter
- Det framkom även att personal på vårdavdelning önskar utbildning i vård av svårt skadade patienter.

#### Uppföljning/Resultat

- Det saknas en strukturerad granskning som t.ex. morbiditet och mortalitets (MoM) rond, revisors teamet anser att CLV bör bilda en multidisciplinär och multiprofessionell grupp för granskning och genomgång av stora trauman för kvalitetssäkring
- Revisors teamet saknade uppföljning av de data som registreras i SweTrau. CLV bör börja följa upp alla traumalarm (röda och orangea) i SWETRAU samt börja utvärdera olika mått ex; tid till CT, tid till operation eller andra vårdkvalitets mått som kan fås via registret
- Det framkommer svårigheter att förmedla synergier samt förbättringsförslag på APT, detta gäller samtliga professioner.

## Region Kronoberg

- Det framkom under besöket att patientunderlaget för trauma inte är så stort i region Kronoberg (CLV ca 82 och LL 28 "röda" larm/år), och att det inte finns någon formell styrning av svårt skadade patienter. Revisors teamet ser att en styrning av de svårast skadade patienterna skulle förbättra traumaomhändertagandet och patientsäkerheten för denna patientgrupp i regionen.

## Dessa frågor lyfts till den Södra regionens återkoppling

- Förbättra flödet mot Skånes Universitetssjukhus (SUS) gällande neurotrauma.
- Förenkla bildöverföring till SUS från röntgen.
- Behov av helikopterplatta i direkt anslutning till sjukhuset .
- CLV har svårigheter att genomföra en MR undersökningar som SUS önskar på spinala skador.

## Traumaövningarna

Under platsbesöket genomfördes tre traumaövningar. Det första innefattade mottagande och handläggning av patient på traumarummet. Den andra innefattade beslut om och genomförande av omedelbar laparotomi med start från röntgen och den tredje förberedelsen av sekundärtransport på IVA.

### Övning 1: Från olycksplats till omhändertagande på aktrummet

#### Styrkor:

Övningen genomfördes i realtid i realistisk miljö. Det **prehospitala omhändertagandet** fungerade bra genom ett strukturerat arbetssätt, de arbetade utifrån ett PHTLS koncept. Besättningen bestod av 2 ambulanssjuksköterskor och de utförde ett väl fungerande teamarbete. Rapport till mottagande sjukhus genomfördes via RAKEL. På **aktrummet**, LAS mottager rapporten och aktiverar larmtablå, samtliga i teamet kom i accepterad tid. Rapport ges av LAS till samtliga i teamet innan patienten ankommer. Intubation förbereds. Akutssjuksköterskan ringer till röntgen och förvarnar att rött trauma larm är på väg. Tyst minut under den prehospitala rapporten. Dom upptäckte och behandlade samtliga livshotande tillstånd. Det var en låg och bra ljudnivå. Samtliga i teamet hjälptes åt. Pat förbereddes för transport till **röntgen CT** med rätt kompetens.

#### Förbättringsområden:

**Prehospitalt** är det viktigt att förhindra hypotermi, och det hade varit möjligt att i ett tidigare skede motverka detta genom filter eller readyheat. Det finns även en vinst i att redan i ett tidigt skede på skadeplats larma att på så sätt vinna tid för förberedelse för det akuta omhändertagandet på sjukhus. På **aktrummet** bör checklistan användas även vid övning. Det fanns otydlighet vem som var teamleader. Ultraljudskompetens? Anestesiläkaren blev tvungen att sköta intubation, dekompensation (thoraxdränage) samt ultraljud, vilket i verkligt scenario skulle leda till både stor tidsfördröjning samt ökar risken för felbedömning eller sen upptäck/behandling av skador. Immobilisation av halsryggen glömdes bort under övningen. Trots att det var en övning där momenten går snabbare (t.ex. anläggning av thoraxdrän, intubation mm), var tiden som spenderades på aktrummet ca 35 minuter vilket skulle vara längre i ett verkligt scenario.

### Övning 2: Röntgen till OP

#### Styrkor:

Bakjour kirurg tog sig tid att se helheten, det togs beslut om operation i ett tidigt skede. Transporttiden till operationssal var snabb. Tiden från operationsanmälan till koordinator till operationsstart var acceptabel. Det fanns en struktur och organisation på operationsavdelningen. På operation finns akutvagnar vars innehåll är väl genomtänkta och uppfyller ändamålet.

#### Förbättringsområden:

Ledarskapet var otydligt under hela förloppet vilket ledde till bristfällig kommunikation. Anestesiologen arbetade självständigt och hade bristfällig kontakt med teamleader. Oklarheter runt transportvägen till OP, ex kunde ingen i akutteamet koden till akuthissen! Avstämning/sammanfattning vid ankomst till operation saknades. Det var tydligt att det fanns två team, ett anesthesi- och ett operationsteam, detta ledde till bristfällig kommunikation i teamet.

### Övning 3, Sekundärtransport till regionsjukhus

#### Styrkor:

Det fanns en tydlig ledarroll från bakjour kirurg på IVA. Delegeringsordningen fungerade bra. Checklistor används för ändamålet. Tidig kontakt med SUS och beställning av ambulans. Dom säkrade upp den sekundära transportens kompetensen med läkare och sjuksköterska. Täta avstämningar där hela teamet deltog. Transportgodkänd medicinsk-teknisk apparatur.

*Förbättringsområden:*

Omhändertagande utfördes utan anmärkning.

## Sammanfattning av de områden som är mest angelägna att förbättra

### Granskningsteamet föreslår att sjukhuset arbetar med följande åtgärder

1. CLV bör inom 6 månader börja utvärdera data och olika mått i SWETRAU, ex tid på akutrum, tid till CT.
2. CLV bör inom 6 månader införskaffat en blodgasapparat på akuten.
3. CLV bör inom 6 månader ha tydliggjort vem som skall utföra FAST och se till att de har rätt kompetens och utbildning för arbetsuppgiften.
4. CLV ska fortsätta med teamleder utbildning samt tydliggöra och utveckla rollen. Så att man säkerställer 100 % utbildade bakjourer kirurg vid omhändertagandet.
5. CLV ska tydliggöra och säkra upp att checklistan alltid används på akutrummet.
6. CLV bör fortsätta utreda röntgensjuksköterskans och radiologens roll i det primära omhändertagandet, ska de larmas via larmtablån, delta i traumaomhändertagandet. Att granskning av bilder ska komma att ske i Sidney kan försvåra radiologens deltagande i omhändertagande av traumapatienten.
7. CLV bör inom 6 månader ha en plan för hur kompetensutbyte ska ske inom samtliga professioner, helst både på nationellt och internationellt plan.
8. CLV's kirurgklinik bör inom 6 månader vara mera involverad/synlig i utvecklingen av traumasjukvården.
9. CLV bör inom 6 månader ha säkerhetsställt att tid för återkoppling av synergier samt förbättringsförslag skall ges i olika forum, ex APT, morgonmöten.
10. CLV ska inom 6 månader ha startat en multidisciplinär och multiprofessionell MoM granskning av omhändertagandet av trauma patienter.
11. CLV bör se över möjligheten av en styrning av de svårast skadade traumapatienterna samt för barntrauma. Revisors teamet ser att en styrning av de svårast skadade patienterna skulle förbättra och säkra upp traumaomhändertagandet i er region.



## Bilaga

Bilaga till återföringsrapport av traumagranskningen i Växjö 2017

### Kommentarer till rapporten.

Vi tackar granskarna för deras engagemang och den hjälp som granskningen innebär i vårt fortsatta arbete.

En rad av förslagen (1, 5, 6, 7 och 10) ingår i vårt pågående processarbete beträffande traumavården i Kronoberg och kommer att fortsätta hanteras i det arbetet.

Åtgärdsförslaget kring vem som ska utföra FAST ser vi i första hand som ett behov av att klargöra indikationen för FAST och därefter på vilken kompetens som är bäst lämpad för uppgiften.

Uppgiften om svårigheter med att få förmedla synergier och förbättringsförslag till medarbetare var lokala på en arbetsplats och detta är åtgärdat.

Vi ser att en del av förbättringsförslagen är gemensamma för traumaverksamheten i Region Kronoberg även om rapporten av naturliga skäl pekar ut dem som förbättringar för Centrallasarettet Växjö.

Vilka förbättringsåtgärder vi kommer att arbeta med under det kommande halvåret beskrivs i Åtgärdsöverenskommelsen.

Pär Lindgren  
För den Medicinska gruppen i trauma.