

Säker Traumavård

Återföringsrapport till Ljungby sjukhus

Reviderad version 20170501

VT 2017

Innehållsförteckning

Bakgrund och genomförande	3
Styrkor	4
Förbättringsmöjligheter	5
Traumaövningarna	6
Sammanfattning av de områden granskningsteamet anser mest angelägna att förbättra.....	8
Sjukhusets kommentarer Bilaga 1	9
Granskningsteamets kommentarer Bilaga 2	10

Granskningen har genomförts av:

Ulrika Bergström, Sjuksköterska, Riksföreningen Sjuksköterskor inom trauma, Umeå
Lena Jansson, An.ssk, Traumaregistrator, Riksföreningen för AnIVA, Stockholm, KS Solna
Lasse Salomonsson, Operationssjuksköterska, Riksföreningen för operationssjukvård, Östersund
Mattias Wahlborg, Specialistläkare i ortopedi, Svensk ortopedisk förening, Uppsala

FLISA = Föreningen Ledningsansvariga Inom Svensk Ambulanssjukvård

RAI = Riksföreningen för Anestesi- och Intensivvård

RAS = Riksföreningen för Ambulanssjuksköterskor

RST = Riksföreningen Sjuksköterskor inom Trauma

SFAI = Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård

SLAS = Sveriges Ledningsansvariga Ambulansläkare i Samverkan

SOF = Svensk Ortopedisk Förening

SKF-SFT = Svensk Kirurgisk Förening – Svensk Förening för Traumatologi

Rfop = Riksföreningen för Operationssjukvård

SFRM = Svensk Förening för Rehabiliteringsmedicin

SWESEM = Svensk Förening för Akutsjukvård

SENA = Riksföreningen för Akutsjuksköterskor

SBKF = Svensk Barnkirurgisk Förening

RfB = Riksföreningen för barnsjuksköterskor

OSIS = Ortopedisjuksköterskor i Sverige

SNKF = Svensk Neurokirurgisk Förening

SFBFM = Svensk Förening för Bild- och Funktionsmedicin

SWEDRAD = Svensk Förening för Röntgensjuksköterskor

Swetrau = Svenska Traumaregistret

Sir = Svenska intensivvårdsregistret

Kontaktperson för granskningsteamet är:

Namn: Mattias Wahlborg, mattias.wahlborg@akademiska.se, tele: 070-5694 397

Bakgrund och genomförande

Projektet Säker Traumavård genomförs i samarbete mellan 19 professionella organisationer och tre nationella kvalitetsregister, och med ekonomiskt och administrativt stöd av Lof (Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag). Syftet med projektet är att höja kvalitet och säkerhet vid omhändertagande av traumapatienter.

Grundprincipen för samarbetet är att:

- De professionella organisationerna ansvarar gemensamt för projektets innehåll och genomförande
- Lof stödjer projektet administrativt och ekonomiskt

Arbetsättet är att medarbetare på sjukhuset använder ett av projektet framtaget instrument för att själva värdera viktiga delar av traumaverksamheten. Ett granskningsteam går därefter igenom självvärderingen. Granskarna, som alla är utsedda av sin respektive organisation, genomför sedan ett platsbesök. Efter dessa steg lämnas granskningsteamets samlade bedömning över styrkor och förbättringsområden över till sjukhuset i form av en återföringsrapport. Därefter sluts en överenskommelse med sjukhuset om ett antal förbättringsåtgärder. Granskningsteamet följer upp överenskomna åtgärder efter cirka sex månader.

Syftet med den beskrivna processen är att den ska vara ett stöd för sjukhuset i arbetet med att höja kvalitet och säkerhet i omhändertagandet av traumapatienter, inom befintliga resurser och förutsättningar.

Platsbesök genomfördes på Ljungby sjukhus den 6-7 mars 2017

Styrkor i traumavården:

Granskningsteamet har funnit generella styrkor inom följande områden:

- Inom sjukhusets organisation finns stort engagemang och intresse för traumavård.
- I den prehospitala organisationen är utbildningsnivån hög och samarbetet mycket väl utvecklat med räddningstjänsten där personalen även är PHTLS-utbildad.
- Beslutsvägarna är korta.
- Det finns en lojal arbetskultur.
- Registrering av röda traumapatienter sker i Swetrau av koordinator i Växjö.
- Majoriteten av kirurgbakjourerna har genomgått teamledarutbildning.
- Genomtänkt avvikelshantering används som grund för förbättringsarbete.
- Genomgång av material som används i traumaomhändertagandet på operationsavdelningen, akutrummet och intensivvårdsavdelningen sker regelbundet.
- Läns-gemensamma enheterna för rehabilitering och lab- och transfusionsmedicin inom Region Kronoberg är certifierade.
- Kliniskt träningscentrum används för träning av praktiska moment.
- Genomtänkt informationsmaterial används av traumateamet med tex bärbara åtgärds kort och tydliga rollidentiteter.
- Checklista för traumapatienter har framtagits.
- Sjukhusets lokaler är väl anpassade för traumaverksamhet. Akutmottagning, operation, IVA och CT ligger på olika våningsplan men i direkt anslutning till varandra vilket möjliggör korta och snabba transportvägar.
- Välskrivna dokument beskriver hur ett modernt traumaomhändertagande är organiserat inom Region Kronoberg.

Förbättringsmöjligheter inom traumavården:

Granskningsteamet har funnit förbättringsmöjligheter inom följande områden:

- Tydliggör var i linjeorganisationen ansvaret ligger för traumavården i Ljungby och dess utveckling och gör det känt inom hela organisationen.
- Formulera en vision för Ljungby på kort och lång sikt i form av en traumaplan för hur traumavården ska utvecklas.
- Planen bör innefatta tydliga arbetsbeskrivningar samt utbildnings- och fortbildningskrav för samtliga personalkategorier.
- Ge traumakoordinator vid Ljungby lasarett uppdraget att registrera samtliga traumapatienter i Swetrau och definiera processmått och utfallsmått för traumavården som grund för det lokala kvalitetsutvecklingsarbetet.
- Definiera Ljungby lasarets uppdrag som akutsjukhus.
- Säkerställ en struktur som gör det möjligt att dygnet runt resuscitera, diagnosticera, monitorera, stabilisera och behandla traumapatienter.
- I resuciteringsbegreppet bör ingå möjlighet att substituera patienten med samtliga blodprodukter och fibrinogen.
- Säkerställ en organisation för att snabbt och säkert vidaretransportera till högre vårdnivå när patientens behov så kräver och med bibehållen kompetens på sjukhuset.
- Identifiera traumapatientens behov av kontakt med kurator/psykolog.
- Initiera tidig kontakt med fysioterapi/rehab.
- Säkerställ att traumavården är evidensbaserad, dvs säker, ges i rätt tid, är verkningsfull, är effektiv, jämlik och patientcentrerad.
- Välskrivna dokument beskriver ett modernt traumaomhändertagande inom Region Kronoberg men den lokala traumagruppen i Ljungby behöver ges mandat att tillämpa dem utifrån sjukhusets förutsättningar
- Samla dokument som rör traumavården vid Ljungby lasarett i en manual eller traumahandbok.
- Utveckla användning av tertiär undersökning för att minska risken för missade skador efter primär och sekundär undersökning
- För att stärka Ljungby som akutsjukhus behöver chefsnärvaron i Ljungby öka till en nivå som motsvarar verksamhetens omfattning och komplexitet.
- Använd det utomordentliga samarbetet mellan räddningstjänst och ambulans i Ljungby som modell för ett förbättrat samarbete mellan Centrallasarettet i Växjö och Ljungby lasarett.
- Tillämpa checklisten för traumavården i akutrummet.
- Inkludera ortoped i traumateamet.
- Överväg tillämpning av rotationstjänstgöring enligt prehospital modell som ett verktyg för kompetensutveckling såväl inom region Kronoberg som inom Södra sjukvårdsregionen
- Formulera prehospitalt beslutsstöd för situationer där val av mottagande sjukhus är komplicerat. Det kan exempelvis gälla kritiska patienter i norra Ljungby med kort avstånd till Värnamo eller neurotrauma i SV delen av Region Kronoberg där direkttransport till Lund kan övervägas.

Under platsbesöket genomfördes tre stycken scenariobaserade traumaövningar, vilka utgör ordinarie moment i Säker Traumavård. Förutsättningar för att övningar kunde hållas hade säkrats av lokal övningsledare som också ledde genomgångarna efter varje övning. Scenario och övningsupplägg var det som överenskommit i Säker Trauma. Övningarna leddes av lokal övningsledare med stöd av granskare från Säker trauma. De övriga granskarna följde övningarna på nära håll. De tre övningsmomenten möjliggjorde för granskarna att följa en traumapatientens väg genom sjukhuset. Övningarna skedde uteslutande i ordinarie lokaler och med ordinarie utrustning.

För övningarna definierades tydliga lärandemål och genomgången var strukturerad och genomfördes i en trygg atmosfär. Under genomgången gjordes först en kort rekapitulation av händelseförloppet där alla fick komma till tals. Därefter fick varje deltagare nämna en eller två bra saker som den utfört eller noterat. Avslutningsvis fick var och en nämna något som den tar med sig från övningen. Övningsledaren ledde genomgången på ett lyhört sätt och fångade upp såväl brister som förbättringsområden som tydliggjordes av övningen.

Den viktiga frågan om hur identifierade förbättringsområden kan bidra till det fortsatta kvalitetsarbetet och återkopplas till verksamheten kan tydliggöras i samband med utvärderingen.

Övning 1: Prehospitalt primärt omhändertagande, ambulanstransport och larmning, följt av primärt omhändertagande på akutmottagningen.

Styrkor:

Prehospital personal har stor erfarenhet av samövningar med räddningstjänsten, vilken även är utbildad i prehospital vård enligt PHTLS. Detta visades i ett mycket gott upparbetat samarbete under övningen. Samtliga inblandade visade god förtroendenhet med övningens kritiska beslut och kännedom om utrustning. Omhändertagandet var professionellt och gick lugnt till väga men skedde ändå snabbt och effektivt.

Överrapportering skedde enligt ABCDE och ISBAR via RAKEL till larmansvarig sjuksköterska vid akutmottagningen. Alla medlemmar av traumateamet infann sig snabbt på akutrummet. Medlemmarnas roll var tydligt visualiserade och bärbara åtgärdskort användes. Lärandemålen för övningen var tydligt anslagna på väggen i akutrummet.

Förbättringsområden:

Överrapportering från ambulansen skedde i flera steg vilket kan ha bidragit till att viktig klinisk information föll bort. Det var för oss oklart om en checklista för mottagande av larm användes eller ej. Formell checklista med sign-in för traumateamet hade en något undanskymd placering och användes ej fullt ut. Efter att larmet tagits emot och initiala förberedelser inletts gjordes en genomgång av övningsförutsättningar vilket ledde till ett avbrott i övningen. Kommunikation under övningen skedde inte alltid enligt principen closed loop. Instrumentet reevaluering användes i viss utsträckning av teamledaren. Genom ytterligare övningar kan tiden på akutrummet förkortas.

Övning 2: Cirkulatoriskt instabil patient, som efter primärundersökning bedöms behöva föras direkt från röntgenavdelningen till operationsavdelningen för laparotomi

Styrkor:

Snabbt beslut togs om operation. På operationsavdelningen fanns rätt personal på plats. Iordningsställande av operationssalen skedde professionellt, snabbt och effektivt. Patienten fick kontinuerligt god information om händelseförloppet. Utvärderingen var strukturerad med god koppling till lärandemålen och förbättringsområden identifierades.

Förbättringsområden:

Övningen kan göras mer realistisk genom att en mindre andel av övningsinformationen ges till deltagarna i förväg. En plan för hur tillgång till operationssal ordnas vid fullt pågående ordinarie verksamhet bör formuleras.

Tillgång till thoraxdrän inom operationsavdelningen kan spara tid vid kritiska situationer. En enkel standardiserad teknik för thoraxdräninsättning exempelvis enligt ATLS utan mandrin kan med fördel definieras för att användas inom hela sjukhuset eller regionen.

Det är viktigt att teamledarskapet är tydligt under hela traumaprocessen. När teamledaren tvingas avlägsna sig från patienten för utförande av preoperativ handdesinfektion behöver ledarskapet delegeras vidare till annan teammedlem och detta ska tydligt förmedlas till övriga i teamet. Rutiner för placering av EKG-elektroder, huddesinfektion och sterildrapering vid akuta ingrepp bör tydliggöras för hela traumateamet

Övning 3: Patient som efter trauma-CT bedöms behöva överföras till närmsta neurokirurgiska centrum, och som förbereds för sekundärtransport på IVA.

Styrkor:

Kommunikation till IVA fungerade bra och adekvata förberedelser gjordes för att motta patienten. Genomtänkt checklista för avtransport från IVA skulle kunna fungera som modell för överföringar mellan andra enheter. Tydliga lärandemål var definierade och genomgången efter övningen följde en tydlig struktur. Exempel på closed loop lyftes fram i utvärderingen.

Förbättringsområden:

Upprepad träning kan medföra att användning av checklisten upplevs smidigare och att avtransportprocessen går fortare. Kommunikationen kan tränas ytterligare och closed loop principen användas mer. Skrivunderlag för patientnära dokumentation möjliggör att kompetens bevaras i patientens omedelbara närhet.

Sammanfattning av de områden som är mest angelägna att förbättra:

Granskningsteamet föreslår att sjukhuset arbetar med följande åtgärder:

1. Tydliggör var i linjeorganisationen ansvaret ligger för traumavården i Ljungby och dess utveckling och gör det känt inom hela organisationen.
2. Formulera en vision för Ljungby lasarett på kort och lång sikt i form av en traumaplan för hur traumavården ska utvecklas.
3. Planen bör innefatta tydliga arbetsbeskrivningar samt utbildnings- och fortbildningskrav för samtliga personalkategorier.
4. Ge traumakoordinator vid Ljungby lasarett uppdraget att registrera samtliga traumapatienter och definiera processmått och utfallsmått för traumavården som grund för det lokala kvalitetsutvecklingsarbetet.
5. Definiera Ljungby lasarettens uppdrag som akutsjukhus.
6. Säkerställ en struktur som gör det möjligt att dygnet runt resuscitera, diagnosticera, monitorera, stabilisera och behandla traumapatienter.
7. I resusciteringsbegreppet bör ingå möjlighet att substituera patienten med samtliga blodprodukter och fibrinogen.
8. Säkerställ en organisation för att snabbt och säkert vidaretransportera till högre vårdnivå när patientens behov så kräver och med bibehållen kompetens på sjukhuset.
9. Identifiera traumapatientens behov av kontakt med kurator/psykolog
10. Initiera tidig kontakt med fysioterapi/rehab.
11. Säkerställ att traumavården är evidensbaserad, dvs säker, ges i rätt tid, är verkningsfull, är effektiv, jämlik och patientcentrerad.
12. Välskrivna dokument beskriver ett modernt traumaomhändertagande inom Region Kronoberg men den lokala traumagruppen i Ljungby behöver ges mandat att tillämpa dem utifrån sjukhusets förutsättningar.
13. Samla dokument som rör traumavården vid Ljungby lasarett i en manual eller traumahandbok.
14. Utveckla användning av tertiär undersökning för att minska risken för missade skador efter primär och sekundär undersökning
15. För att stärka Ljungby som akutsjukhus behöver chefsnärvaron i Ljungby öka till en nivå som motsvarar verksamhetens omfattning och komplexitet.
16. Använd det utomordentliga samarbetet mellan räddningstjänst och ambulans i Ljungby som modell för ett förbättrat samarbete mellan Centrallasarettet i Växjö och Ljungby lasarett.

Bilaga 1

Sjukhuset ska alltid erbjudas att kommentera rapporten i en särskild bilaga.

[Sjukhusets kommentarer bifogas](#)

Bilaga till återföringsrapport av traumagranskningen i Ljungby 2017

Kommentarer till rapporten.

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

En rad av förslagen (2, 3, 4, 9,10 och 14) ingår i vårt pågående processarbete beträffande traumavården i Kronoberg och kommer att fortsätta hanteras i det arbetet.

Tre av förslagen (6, 8 och 11) handlar om att säkerställa övergripande strukturer och processer i traumarbetet som självklart är en del av det arbete som vi gör idag. Rapporten beskriver inte vilka brister som föreligger idag eller vilka mer specifika förbättringar som behövs.

Några av de förbättringsförslag (5 och 15) som finns i rapporten är inte specifikt riktade till Ljungbys traumaverksamhet utan till Ljungbys roll som akutsjukhus. Dessa frågor ligger inte inom traumaverksamhetens mandat att förändra.

Av rapporten (punkt 16) framgår också att granskarna har uppfattat brister i samverkan mellan Växjö och Ljungby. Det framgår dock inte tydligt i rapporten vad man sett som brister. Man hänvisar bland annat till samverkan mellan ambulansen och räddningstjänsten som en modell för förbättrat samarbete utan att belysa vad i det samarbetet som avses.

Någon av punkterna (1 och 12) berör mer tydlighet mellan övergripande arbete i Region Kronoberg och lokalt arbete och inte samverkan mellan Ljungby och Växjö. Vi kommer självklart i vårt interna arbete fortsätta vårt arbete med samverkan mellan sjukhusen men också ytterligare försöka tydliggöra det övergripande arbetet och det lokala arbetet.

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

Pär Lindgren
För den Medicinska gruppen i trauma.

Bilaga 2

En hörnsten inom projektet Säker trauma är att stödja det pågående lokala förbättringsarbetet för traumavården. I förbättringsförslagen som lämnas är det viktigt att det råder balans mellan övergripande frågor och detaljnivå. Till återföringsrapporten har medicinska gruppen i trauma lämnat kommentarer som visar att rapporten inte varit tillräckligt tydlig och förtydliganden har efterfrågats via mejl från chefsläkaren. Enligt önskemål vill vi i granskningsteamet därför lämna förtydliganden i form av denna bilaga.

Punkt 6, 8 och 11 berör övergripande strukturer i traumaomhändertagandet

- 6 Säkerställ en struktur som gör det möjligt att dygnet runt resuscitera, diagnosticera, monitorera, stabilisera och behandla traumapatienter.

Trombocyter och fibrinogen kunde ej ges om indicerat vid resuscitering. Diagnostiska hjälpmedlet datortomograf beskrevs i samband med granskningen som ej driftsäker. Slavskärm för monitorering av patienter i akutrummet saknades. Ortoped kallas ej rutinemässigt vid traumalarm

- 8 Säkerställ en organisation för att snabbt och säkert vidaretransportera till högre vårdnivå när patientens behov så kräver och med bibehållen kompetens på sjukhuset.

Vid akuta sekundärtransporter där behov föreligger av medföljande narkosköterska medförde det krav på att denna kompetens togs från intensivvårdsavdelningen eller att ledig personal ringdes in. Önskemål om resursen narkosköterska i beredskap lyftes fram som en tänkbar lösning för ledsagade transporter.

Det är granskningsteamets bedömning att förutsättningarna för rätt medicinsk kompetens hos patienten utan att sjukhuset förlorar motsvarande kompetens behöver säkerställas.

- 11 Säkerställ att traumavården är evidensbaserad, dvs säker, ges i rätt tid, är verkningsfull, är effektiv, jämlik och patientcentrerad.

Vid granskningen uppvisades ej process- eller utfallsmått som är viktiga delar av evidensbaserad traumavård. Insamling av sådana mått är för närvarande förlagd till regional nivå. Granskningsteamets bedömning är att det är viktigt med lokal registrering av dessa mått för att stödja det lokala förbättringsarbetet.

Punkterna 5 och 15 lyfter fram Ljungbys uppdrag som akutsjukhus vilket inte ligger inom traumaverksamheten att förändra.

- 5 Definiera Ljungby lasarets uppdrag som akutsjukhus.
- 15 För att stärka Ljungby som akutsjukhus behöver chefsnärvaron i Ljungby öka till en nivå som motsvarar verksamhetens omfattning och komplexitet.

Granskningsteamet delar den uppfattning som uttrycks i bilaga 1 av Medicinska gruppen i trauma och beklagar det språkliga fel som finns i formuleringen. Det förbättringsförslag vi vill lämna är att det är viktigt att Ljungby lasarets uppdrag som mottagare av multitraumapatienter definieras baserat på sjukhusets lokala förutsättningar. Ett tydligt uppdrag utgör en grundförutsättning för fortsatt utveckling av traumaomhändertagandet.

Vid platsbesöket uttrycktes såväl i chefsgruppen som i intervjuer av övriga personalkategorier att fysisk närvaro i Ljungby av de chefer inom Region Kronoberg som har ansvar för utveckling av traumavården är lägre än vad som är önskvärt.

Det är granskningsteamets bedömning att ledning av utvecklingen av traumaomhändertagandet ställer krav på fysisk närvaro.

Punkt 16 berör samverkan mellan lasaretten i Ljungby och Växjö

- 16 Använd det utomordentliga samarbetet mellan räddningstjänst och ambulans i Ljungby som modell för ett förbättrat samarbete mellan Centrallasarettet i Växjö och Ljungby lasarett.

Enligt granskningsteamets erfarenheter innebär komplex traumaverksamhet med liknande uppdrag till två närliggande sjukhus av olika storlek och med delvis olika grundförutsättningar särskilt stora krav på fungerande samsarbetsformer. Ett effektivt samarbete måste drivas från det större sjukhuset i kraft av dess större resurser.

Vid traumaövningen i Ljungby uppvisades ett exceptionellt fint samarbete mellan prehospital sjukvård och räddningstjänst. Detta samarbete hade åstadkommit genom framsynta strategiska beslut om uppsökande verksamhet, möten och utbildningsinsatser som lett till ömsesidigt ökad kunskap om och respekt för den andra enhetens kunskaper, utmaningar och arbetssätt. I den prehospitala organisationen fanns också en uttalat välvillig inställning till delad och roterande tjänstgöring med grundtanken att verksamheten gynnades såväl av ökad kompetens som av kunskap om lokala förhållanden och förbättrade personliga kontakter.

Vid granskning av dokument och av intervjuerna fick inte granskningsteamet uppfattningen att kunskaperna om och respekt för den andra enhetens kunskaper, utmaningar och arbetssätt i förhållandet mellan sjukhusen i Ljungby och Växjö uppnått samma nivå.

Exempel på detta är att den lokala trauma-arbetsgruppen i Ljungby har som uppgift att implementera beslut om riktlinjer och förändringar som tas på regionnivå men saknar beslutandemandat i lokala frågor. Erfarenheterna från Ljungbys mångåriga övningsverksamhet inom traumomhändertagandet togs ej tillvara när sådan verksamhet etablerades på regional nivå. Förslag till lösning på problemet med bristande driftssäkerhet för datortomografiutrustning har inte vunnit gehör. Kompetensutveckling genom roterande tjänstgöring inom regionen utnyttjas i låg utsträckning. Den fysiska chefsnärvaron i Ljungby är låg. Vid avrapporteringen av granskningsteamets preliminära bedömning hade inte heller någon chef prioriterat att närvara fysiskt i Ljungby och endast chefen för barnverksamheten inom regionen deltog via ljudlänk.

Det är granskningsteamets bedömning att traumaomhändertagandet i Ljungby skulle högre gradigt gynnas om det utomordentliga samsarbetsklimat som etablerats mellan prehospital verksamhet och räddningstjänst i Ljungby kunde användas som inspiration till ett utbyggt samarbete inom Region Kronoberg.

I punkt 1 och 12 berörs tydlighet mellan övergripande arbete i Region Kronoberg och lokalt arbete. I åtgärdsöverenskommelsen fastslås att arbetet med samverkan mellan sjukhusen ska fortsätta och att såväl det övergripande arbetet som det lokala arbetet ska ytterligare tydliggöras.

- 1 Tydliggör var i linjeorganisationen ansvaret ligger för traumavården i Ljungby och dess utveckling och gör det känt inom hela organisationen.
- 12 Välskrivna dokument beskriver ett modernt traumaomhändertagande inom Region Kronoberg men den lokala traumagruppen i Ljungby behöver ges mandat att tillämpa dem utifrån sjukhusets förutsättningar.

I samband med platsbesöket fick granskningsteamet mångskiftande svar om var ansvaret ligger för traumaomhändertagande vid Ljungby lasarett. Hälso- och sjukvårdsdirektören förklarade sig vara ytterst ansvarig för traumaverksamheten inom Region Kronoberg och därmed även för Ljungby. En nuvarande chefsläkare är anestesilog och har betytt mycket för utvecklingen av traumavården i regionen. I Ljungby är ansvaret fördelat på två chefer inom Region Kronoberg varav den ena är centrumchef för medicin- och akutcentrum och den andra är chef för kirurgi- barn- och kvinnocentrum. Traditionellt inom svensk sjukvård bärs ansvaret för traumavården ofta av det kirurgiska chefskapet. Den kirurgiska ledningen är representerad på regional nivå och i Ljungby. De chefer som har sin primära tjänstgöring på regionnivå har en begränsad fysisk närvaro i Ljungby.

Det är granskningsteamets bedömning att denna organisation ställer största krav på tydlighet gentemot medarbetarna så att alla vet vart de ska vända sig när det gäller frågor som exempelvis berör ansvar eller utveckling av traumaverksamheten.