

Slutrapport Säker Traumavård

Säker Traumavård
2014 - 2020



Innehåll

Medverkande	4
Organisationer	4
Styrgrupp	4
Granskare	4
Expertgrupper och arbetsgrupper	5
Projektledning	6
Bakgrund och syfte	7
Projektorganisation	7
Projektbeskrivning	8
Utvärdering och resultat	12
Lokala åtgärder	12
Regionala åtgärder	12
Nationella åtgärder	12
Resultat – utfall för patienter	16
Planerade utvecklingsarbeten	17
Media	17
Vetenskaplig utvärdering	17
Samlad bedömning av effekt – slutsatser	18
Fortsatt utveckling	18
Slutord	19

Medverkande

Organisationer

Föreningen Ledningsansvariga I Svensk Ambulanssjukvård (FLISA), Riksföreningen för Ambulanssjuksköterskor (RAS), Svensk Förening för Akutsjukvård (SWESEM), Riksföreningen för Akutsjuksköterskor (SENA), Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård (SFAI), Riksföreningen för Anestesi- och Intensivvård (RF Aniva), Svensk Förening för Akutkirurgi och Traumatologi (SFAT), Riksföreningen för sjuksköterskor inom Trauma (RST), Svensk Barnkirurgisk Förening (SBKF), Riksförening för barnsjuksköterskor (RfB), Svensk Ortopedisk Förening (SOF), Ortopedisjuksköterskor i Sverige (OSIS), Svensk Neurokirurgisk Förening (SNKF), Svensk Förening för Medicinsk Radiologi (SFMR), Svensk Förening för Röntgensjuksköterskor (SFR), Riksföreningen för operationssjukvård (RfOP), Svensk Förening för Rehabiliteringsmedicin (SFRM), Fysioterapeuterna, Svensk Förening för Glesbygdsmedicin (SFGM), Svenska Traumaregistret (SweTrau), Svenska Frakturregistret (SFR), Svenska intensivvårdsregistret (SIS) samt Löf (Löf regionernas ömsesidiga försäkringsbolag).

Styrgrupp (hösten 2020)

Håkan Klementsson (FLISA), Ulf Norling (RAS), Arin Malkomian (SWESEM), Kristian Skillborg (SENA), Pierre Sundin (SFAI), Lena Jansson (RF Aniva), Lovisa Strømmer (SFAT), Ann-Christin Johansson (RST), Margaretha Lannge (SBKF), Anna-Pia Wentzel (RfB), Mattias Wahlborg (SOF), Bodil Samuelsson (OSIS), Bo-Michael Bellander (SNKF), Hampus Eklöf (SVMR), Sebastian Schonberger (SFR), Lasse Salomonsson (RfOP), Alison Godbolt (SFRM), Charlotte Chruzander (Fysioterapeuterna), Martin Annsberg (SFGM), Denise Bäckström (SweTrau), Michael Möller (SFR), Pär Lindgren (SIR) och Pelle Gustafson (Löf).

Granskare

Totalt har över 130 granskare deltagit i projektet. De har tillsammans genomfört 284 uppdrag, varav tre granskare har deltagit i alla sju omgångarna.

Granskarna är:

Agneta Brandt, Agneta Larsson, Agneta Schmidt, Agneta Staaf, Alexandra Aspenlif, Anders Jacobsson, Andreas Johansson, Andreas Åström, Ann-Christin Johansson, Ann Sohl, Anna Allberg, Anna Ohlsson, Anna Svensson Raskh, Anna-Pia Wentzel, Anne Flodén, Anneli Rask, Annelie Gustavsson, Annelie Hammarskjöld, Annika Tilliander, Arin Malkomian, Bertil Leidner,

Boel Wiktors, Carina Johansson, Cecilia Forsberg, Christian Lundström, Christian Åslund, Christian Leister, Elisabet Edström, Elisabeth Winterås, Else Ribbe, Emma Malm, Erik Carsjö, Erik Lundquist, Eva Orusild, Fredrik Broman, Fredrik Lundh, Gunilla Wihlke, Göran Karlström, Hans Granhed, Helena Puggioli, Helene Löveström, Håkan Klementsson, Håkan Sundberg, Ingemar Allvin, Inger Andersson, Ingunn Granum, Jan Götlin, Janne Kautto, Jeanette Knutsson, Jerker Sandgren, Jessica Rosén, Johan Christiansson, Johan Danielsson, Kajsa Larsson, Katarina Blomdahl, Kathrin Kronlund, Katrin Hruska, Kenth Johansson, Kerstin Hansson, Kerstin Malmström, Klas-Göran Gravander, Knut Taxbro, Lars Rönnberg, Lasse Salomonsson, Lena Davidsson, Lena Jansson, Lennart Adamsson, Linda Brorsson, Linda Lundgren, Linn Feuk, Lisbet Bergendal, Lotta Strauss, Lovisa Strömmer, Madelene Albrektsson, Madelene Olsson, Magnus Larsson, Marcus Nilsson, Margareta Långe, Maria Eriksson, Maria Lindblom, Maria Segersson, Marie Hoas, Marie Isaksson, Marie Söderberg, Marko Strube, Martin Hubrich, Mattias Wahlborg, Mikael Aronsson, Monica Frick Bergström, Nina Söderman Olsson, Nora Kolin, Patrik Abrahamsson, Pelle Gustafson, Per Lundström, Per Polleryd, Per Wihlborg, Peter Andersson, Peter Bartelmess, Philipp Martin, Pia Malmquist, Poul Kongstad, Pär Lindgren, Pär Åstrand, Rebecca Legrand, Rebecka Schmidt Gustafsson, Rolf Andersson, Saran Condé, Shahin Mohseni, Simon Östling, Sofi Sarin, Staffan Bark, Stefan Lundh, Stefan Rosth, Susanna Eriksson, Susanne Jansson, Susanne Martinsson, Sylvia Kalju, Thomas Blomberg, Thomas Troäng, Tina Friberg, Tomas Asp, Torbjörn Fransson, Ulf Fränneby, Ulf Norling, Ulrika Bergström, Ulrika Holdar, Ulrika Tampe, Vilis Pavulans, Åsa Fredriksson, Åsa Rudin och Åsa Rundgren.

Expertgrupper och arbetsgrupper

Nationella traumalarmskriterier

Fredrik Linder, Patrik Abrahamsson, Lars Agreus, Lisbet Bergendal, Ralph Bolander, Olof Brattström, Anna Granström, Lina Holmberg, Anders Jacobsson, Margaretha Långe, Ulf Norling, Kristian Skillborg och Lovisa Strömmer.

Prehospital spinal rörelsebegränsning vid trauma

Mattias Wahlborg, Peter Bartelmess, Christian Brandt, Lee Ti Chong, Bengt Eriksson, Ola Johansson, Daniel Kornhall, Anna MacDowall, Ulf Norling och Kristian Skillborg.

Traumateamutbildning

Pelle Gustafson, Torsten Backteman, Agneta Brandt, Karin Pukk Härenstam, Fredrik Linder, Pär Lindgren, Sofi Sarin, Anders Salomonsson och Per Svensson. Dessutom har även Hayley Allan deltagit.

DT-trauma

Hampus Eklöf, Bjarni Arnason, Eva-Corina Caragounis, Lena Gordon, Johan Ljungqvist, Lars Lundberg, Philipp Martin, Anders Persson, Martin Salö, Sebastian Schonberger och Fredrik Stålhammar. Dessutom har även Torben Wisborg och Anna Bågenholm deltagit.

Bilddiagnostik vid penetrerande trauma samt i masskadesituationer

Eva-Corina Caragounis, Lennart Adamsson, Fredrik Linder, Martin Weckman, Carl Montán, Maria Lindblom, Birthe Höjlund, Ilja Laesser, Frank Bensch, Mari Nummela, Johann Baptist Dormagen, Mats Beckman, Hampus Eklöf, Seppo Koskinen, Bertil Leidner, Wojciech Cwikiel, Helen Milde och Seyma Cankaya.

Ambulansteamutbildning

Pelle Gustafson, Anders Salomonsson och Sofi Sarin. Dessutom har från Region Skåne och Lunds universitet även Jonas Månsson, Evelina Nordberg, Anders Svensson, Caroline Hagström, Christian Areschoug och Andreas Rantala deltagit.

Projektledning

Maria Wängdahl, Sara Bernerson Ryd, Anna Arnell Chadda och Sara Börjestränd.

Bakgrund och syfte

Löf (Löf regionernas ömsesidiga försäkringsbolag) ägs av Sveriges 21 regioner. Grunduppdraget är att ta emot och utreda anmälningar över skador i sjuk- och tandvård - för närvarande knappt 18 000 per år - och ekonomiskt kompensera de patienter som drabbats av undvikbar skada. Ett annat uppdrag är att arbeta för att antalet skador i vården minskar. Detta görs huvudsakligen genom samarbete med ägare och professionella organisationer i nationella tvärprofessionella patientsäkerhetsprojekt.

Säker Traumavård startade 2014 som en naturlig utveckling av de lokala och regionala revisionsarbeten som sedan 2003 bedrivits i södra och sydöstra sjukvårdsregionen. Under 2013 träffades vid flera tillfällen representanter för dessa grupper i syfte att dels utveckla granskningsmodellen, men också försöka nå nationell spridning.

Flera andra faktorer bidrog också till projektets tillkomst. I efterförloppet till terrorattentaten i Oslo sommaren 2011 påbörjades flera aktiviteter för att säkerställa att om detta skulle hända i Sverige, skulle det medicinska omhändertagandet bli lika bra som det blev i Oslo. Regeringen gav 2013 Socialstyrelsen ett uppdrag att utarbeta ett planeringsunderlag för traumasjukvård. I uppdraget ingår att bland annat ”stödja landstingens arbete med att upprätta planer för traumasjukvården och en beredskap för att kunna omhänderta ett större antal svårt skadade vid en allvarlig händelse i Sverige”. Likaså, som en konsekvens av den omfattande omstrukturering som skett inom svensk sjukvård, är idag inte alla sjukhus fullt rustade att ta hand om traumapatienter. Det är ett faktum som i ökande grad ställer större krav på sammanhållna vårdkedjor, samtidigt som dessa kedjor inte alltid finns.

Det övergripande syftet och målet med Säker Traumavård sattes vid start till att genom självvärdering, extern granskning, förbättringsarbete och uppföljning bidra till ökad kvalitet och säkerhet i svensk traumasjukvård, samt att på sikt kunna påvisa att så skett.

Projektorganisation

Säker Traumavård har byggt på tvärprofessionell samverkan mellan 19 yrkesorganisationer, tre kvalitetsregister samt Löf. Yrkesorganisationerna har ansvarat för medicinskt innehåll, utsett granskare och expertgrupper, samt

främjat projektet via sina organisationer. Löf har bidragit med administrativt och ekonomiskt stöd.

Styrgruppen har under projekttiden bestått av ledamöter utsedda av respektive organisation samt Löfs chefläkare och projektsamordnare. Styrgruppen konstituerades i maj 2014 och har i genomsnitt träffats två till tre gånger per år. Projektadministration har skötts av projektsamordnare på Löf.

Projektbeskrivning

Samtliga landets traumamottagande sjukhus har på frivillig bas medverkat i projektet, som genomförts i en pilotomgång och därefter sex etapper (tabell nedan). Sammanlagt 55 enheter har granskats, även ett litet antal som idag inte längre planenligt tar emot traumapatienter. Med få undantag har alla enheter genomfört alla processteg. Det är främst i uppföljningen av genomförda åtgärder bristerna finns, vilket främst förklaras av att enstaka personer slutat eller bytt arbetsplats.

Region	Tidpunkt	Enheter
Värmland n=3	HT 2014	Karlstad, Arvika, Torsby
Västra sjukvårdsregionen n=9	HT 2015	SU/Sahlgrenska, SU/Östra vuxen, SU/DSBUS, Borås, NU-sjukvården, Skövde, Lidköping, Alingsås, Helikoptern
Stockholm/Gotland n=12	VT 2016	KS Solna, KS Huddinge, Danderyd, Södersjukhuset, St Göran, Astrid Lindgrens barnsjukhus, Västerås, Nyköping, Eskilstuna, Norrtälje, Södertälje, Visby
Södra sjukvårdsregionen n=9	VT 2017	Karlskrona, SUS Lund, SUS Malmö, Växjö, Ljungby, Halmstad, Helsingborg, Kristianstad, Varberg
Sydöstra sjukvårdsregionen n=6	HT 2017	Eksjö, Kalmar, Linköping, Jönköping, Norrköping, Värnamo
Mellersta sjukvårdsregionen n=7	VT 2018	Gävle, Hudiksvall, Uppsala, Örebro, Falun, Mora, Kungälv
Norra sjukvårdsregionen n=9	VT 2019	Östersund, Umeå, Lycksele, Skellefteå, Sundsvall, Örnsköldsvik, Gällivare, Sunderbyn, Västervik

Den använda modellen har varit självvärdering åtföljd av extern revision / peer-review, förbättringsarbete samt uppföljning. De granskade sjukhusen har själva utsett vilka kliniker, grupper och medarbetare som deltagit i arbetet. Deltagarna har gått igenom viktiga moment i traumavårdkedjan med hjälp av ett självvärderingsinstrument. Detta togs fram av en av organisationerna utsedd tvärprofessionell expertgrupp, testades i en pilotomgång och har därefter återkommande justerats efter vunna erfarenheter. Frågorna har omfattat tiden från olycksplats till rehabilitering. Svaren granskades av ett tvärprofessionellt granskningsteam med erfarna kollegor från annan region än den aktuella.

Granskarna utsågs av respektive yrkesorganisation. Uppdraget var att hjälpa till med att identifiera möjligheter att höja patientsäkerheten, specifikt i detta projekt att minska risken för undvikbar skada på patienten. Minimibemanning i granskningsteamet har varit en representant för prehospital vård, akutmottagningsvård, operationsvård samt vård på intensivvårdsavdelning eller vanlig vårdavdelning, inklusive rehabilitering. Då möjlighet funnits har även representant för diagnostiska verksamheter deltagit i teamen. Granskningsteamet besökte sjukhuset under två dagar, där dag ett ägnades åt samtal med kliniskt aktiva representanter från alla yrkeskategorier och dag två åt övningar av olika steg i processen samt preliminär återkoppling. Samlade iakttagelser av styrkor och förbättringsmöjligheter sammanfattades i en skriftlig återföringsrapport, och tillsammans med sjukhusets ansvariga kom granskningsteamet överens om åtgärder.

Det granskade sjukhuset har haft avgörandet över vilka punkter som kom att ingå i överenskommelsen om åtgärder, och odelat ansvar för att överenskomna åtgärder genomfördes. Genomförda åtgärder redovisades till teamet efter ett halvår vid ett återbesök av delar av eller hela granskningsteamet.

Allt material finns förvarat i elektronisk form på en server som drivs av Löf. Materialet klassas som bolagshemlighet, och enbart styrgruppen äger rätt att besluta om tillgång till materialet. Materialet ägs av yrkesföreningarna som gemensamt beslutar om användning inom ramen av till kliniker och granskare givna sekretesslöften.

Styrgruppen valde att behålla den modell som användes i tidigare Säker-projekt (Säker Förlossningsvård och Säker Bukkirurgi) och på så vis skapa möjlighet för många att medverka i projektets granskningsteam, för att därigenom öka förutsättningarna för brett erfarenhetsutbyte och nationell spridning av

goda exempel. Alternativet med ett mindre antal ”proffsgranskare”, vilket kunde ha haft fördelen att få revisionerna mer enhetliga men också begränsat förutsättningarna för spridning av goda exempel, var inte heller i detta projekt aktuellt. Ett ytterligare skäl var att då syftet med Säker Traumavård i första hand inte var att betygsätta en verksamhet, utan att hjälpa den att bli bättre, det bedömdes inte lämpligt med en mindre och mer koherent granskningsgrupp.

För första gången i ett Säker-projekt skrevs frågorna inte för att belysa specifika områden, utan istället som korta fallbeskrivningar, där viktiga eller förväntat svaga steg i omhändertagandet belystes. Det första fallet rörde en ung flicka med skador efter en ridolycka och riktade in sig på prehospitalt omhändertagande och akutmottagning. Det andra en svårt skadad kvinna efter en trafikolycka och riktade in sig på intrahospitalt omhändertagande samt beslutsfattande och teamwork på akutrummet. Det tredje fallet rörde en man som fallit ner från ett tak och riktade in sig på triagering och rehabilitering. Dessutom ingick systemfrågor och frågor rörande förbättringsarbete.

Frågorna har varit öppna och haft formen ”Hur säkerställer ni att..?” med underfrågorna:

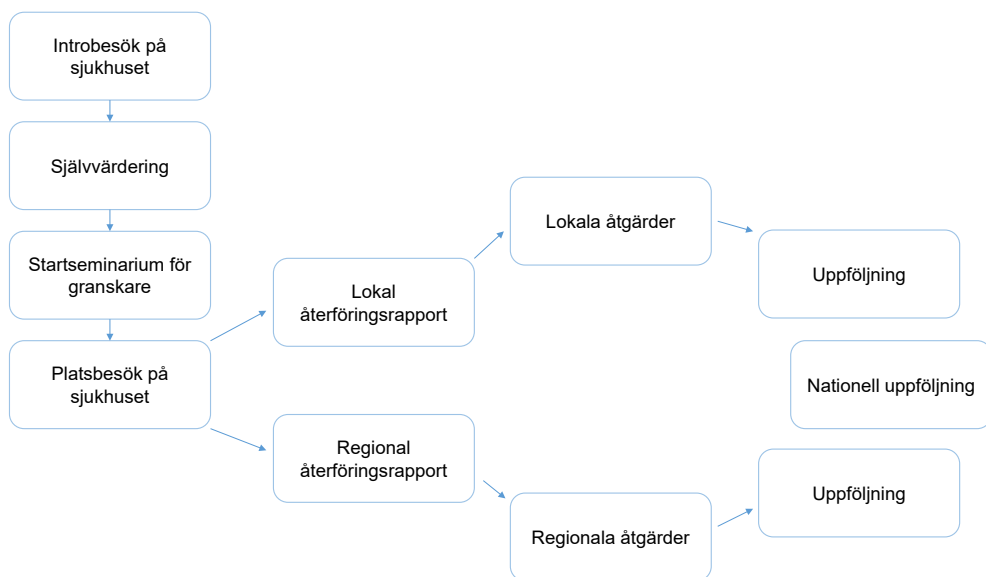
- a) Vilka rutiner/riktlinjer har ni?
- b) Hur skapar ni förutsättningar för efterlevnad?
- c) Hur mäter/kontrollerar ni graden av efterlevnad?
- d) Hur återför ni resultaten (av c) till medarbetarna samt
- e) Vilka idéer har ni om åtgärder och förbättringar (a-d)?

Alternativet att ha en uppifrån normerande ansats var inte heller i detta projekt aktuellt. Nationella riktlinjer saknas i stor utsträckning, kliniker bestämmer av tradition själva sina arbetssätt, och varken deltagande organisationer eller Löf har normerande befogenheter. Goda erfarenheter från omgång 1 av Säker Förlossningsvård och från liknande projekt (PRISS och Säker Bukkirurgi) stödde starkt detta beslut.

En viktig princip inom projektet var att förbättringsförslag skulle rymmas inom respektive sjukhus befintliga resurser och förutsättningar i övrigt. Skälet för detta var att i första hand rikta fokus på förbättringsåtgärder i arbetssätt, rutiner och utfall, och även poängtera ägandeskapet av ansvaret för detta, snarare än att fokusera på upplevda strukturella problem. En annan viktig princip var att inte blanda sig i ett sjukhus inre angelägenheter, exempelvis genom att tillhandhålla eller rekommendera någon speciell förbättringsmetodik.

Då inte alla sjukhus handlägger alla slags traumapatienter, krävdes en värdering av hur detta sköts inom en region. Därför innefattade en granskning både enskilda sjukhus men också samarbetet dem emellan. Separata överenskommelser tecknades för sjukhusen och för regionen som helhet.

Figuren nedan visar schematiskt hur en granskningsomgång genomfördes. Tid från introduktionsbesök till slutförd uppföljning var upp till 18 månader.



Löf:s externa kostnader för Säker Traumavård har under tiden 2014 t.o.m. 2020 uppgått till 14,8 Mkr, varav merparten har gått till ersättningar för lön, resor och logi, samt till uppdatering/framtagande av webb-utbildningar och trycksaker.

Utvärdering och resultat

Lokala åtgärder

Många hundratals lokala förbättringsåtgärder är vidtagna, exempelvis:

- Uppdatering och komplettering av traumamanual och andra dokument.
- Införande eller förbättring av traumaövningar (mer ofta eller anpassat till faktiskt behov, fler grupper på sjukhusen, bättre uppföljning och åtgärdande av vilka brister övningar påvisat).
- Tillsättande av traumakommittéer.
- Påbörjande eller återupptagande av registrering i SweTrau samt analys av data.

Regionala åtgärder

Ett flertal regionala åtgärder har genomförts. Dessa har huvudsakligen rört framtagande eller harmonisering av regionala riktlinjer, men också utveckling mer formella regionala samarbeten. Exempel på vidtagna förbättringar är:

- Ökat regionalt samarbete rörande transferprotokoll.
- Ökat samarbete rörande utbildning.
- Regional traumabakjour.

Nationella åtgärder

Förutom lokala och regionala förbättringsåtgärder har flera nationella förbättringsprojekt genomförts. De har alla sin uppkomst i en uppfattning att med ökande regionalisering och nationalisering ökar behovet av samstämmighet vad gäller rutiner och riktlinjer.

Nationella traumalarmskriterier



Vid ett möte i Traumanätverket Sverige i Stockholm i december 2015 beslöts att tillsätta en arbetsgrupp med uppdrag att ta fram nationella traumalarmskriterier, vilka dels skulle kunna användas i hela Sverige (storstad såväl som glesbygd), men också vara baserade på modern forskning. Gruppen presenterade hösten 2016 ett förslag som efter förankring i styrgruppen lanserades brett vid årsskiftet 2016-2017. Kriterierna fick snabbt genomslag och används idag i hela landet. Parallellt med införandet studerades

effekterna, vilka redovisades i en avhandling av Fredrik Linder 2018. Effekterna kan sammanfattas som att utan allvarlig undertriagering kunde påvisas har 50 % av övertriagering tagits bort, ett resultat som får bedömas vara mycket gott. Kriteriernas precision följs fortlöpande, men hittills har inget framkommit som motiverar en justering.

Nationella rekommendationer för spinal rörelsebegränsning (prehospital och intra/interhospital)



Vid ett möte i Traumanätverket Sverige i Göteborg i december 2016 beslöts att tillsätta en arbetsgrupp med uppdrag att ta fram Nationella rekommendationer för prehospital rörelsebegränsning vid trauma. Skälet var dels brist på enhetliga sådana över landet, men också ett behov av sådana drivet av en pågående omvärdering av den halvstela halskragens roll i det prehospitala omhändertagandet. Gruppen presenterade hösten 2018 ett förslag, som efter förankring i styrgruppen våren 2019 kunde lanseras. Också dessa rekommendationer kom

snabbt i bruk i landets prehospitala verksamheter. Under hösten 2019 och våren 2020 anpassade bland annat också SLAO (Sveriges Lifthanläggningars Organisation), Sjöräddningssällskapet och Kustbevakningen sina egna riktlinjer efter de nationella rekommendationerna. Erfarenheterna av rekommendationerna är goda, både vad gäller hur de upplevs att använda, och hur de påverkar patienten.

Arbetsgruppen arbetar nu vidare med rekommendationer för även intra- och interhospitala rekommendationer. Framtagandet har hindrats av covid-19-pandemin, men planeras kunna lanseras hösten 2021.

Nationella rekommendationer för datortomografi vid trauma (DT-trauma)



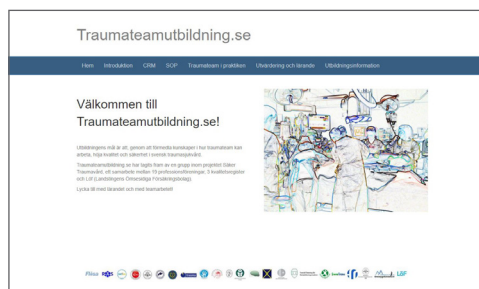
Som ett resultat av de högst varierande rutiner för DT-undersökning av traumapatienter som fångades vid lokala granskningar, beslöts att tillsätta en arbetsgrupp med uppdrag att ta fram nationella rekommendationer för när och hur en sådan undersökning ska genomföras. I april 2020 lanserades Nationella rekommendationer för datortomografi vid trauma (DT-trauma). De innehåller två protokoll för vuxna patienter, ett för barn, samt granskningsmall och exempel på standardiserade svar. Alla de stora leverantörerna av datortomografer har nu tagit fram färdiga protokoll att installera i sina maskiner. Införandet har fördröjts av covid-19-pandemin, men under 2021 kommer de enligt tillgängliga uppgifter att användas nationellt.

Bilddiagnostik vid penetrerande trauma och i masskadesituationer



I samarbete med NORDTER (den nordiska föreningen för traumaradiologi) lanserades i april 2020 rekommendationer för bilddiagnostik vid penetrerande skador samt i masskadesituationer. Rekommendationerna behandlar indikationer, val av modalitet samt innehåller även åtgärdskort av olika slag. Även införandet av dessa rekommendationer har fördröjts av covid-19-pandemin, men under 2021 kommer de enligt tillgängliga uppgifter att användas nationellt.

Traumateamutbildning.se

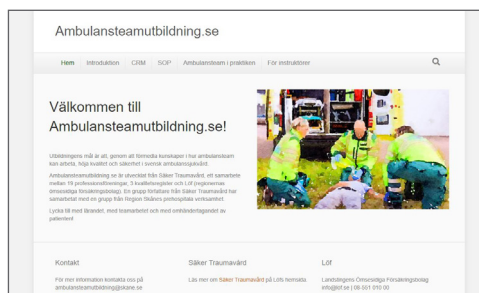


Traumateamutbildning.se är framtagen för att höja kvalitet och säkerhet i svensk traumasjukvård, och syftar till att ge traumateam bättre förutsättningar att kunna använda de kompetenser och färdigheter de har. Bakgrunden är det behov av att utbilda både traumateamledare

i att leda team, men också traumateam i sig, som framkommit under Säker Traumavård.

Utbildningen består av en teoretisk del och en praktisk del. Den teoretiska delen omfattar innehållet i detta webbprogram och är avsedd att studeras i förväg inför den praktiska delen av utbildningen. Den praktiska delen förmedlas under en endagsutbildning för teamledare och medlemmar i traumateam. Utbildningen hålls lokalt ute på sjukhus som tar emot traumapatienter. Fram till och med mars 2020, då utbildningen var tvungen att pausas, hade 130 instruktörer från 27 sjukhus utbildats. Utbildningen kommer att återupptas så fort det är möjligt.

Ambulansteamutbildning.se



Ambulansteamutbildning.se är framtagen av en grupp från Traumateamutbildning.se tillsammans med representanter för Region Skånes prehospitala verksamhet i syfte att höja kvalitet och säkerhet i svensk ambulanssjukvård. Utbildningen bygger på samma grundmaterial som

Traumateamutbildning.se, men är anpassat till prehospital verksamhet, och inte så tydligt inriktat på trauma, utan kan användas för alla patientkategorier. Under hösten 2020 gavs den första pilotkursen, och material och kursupplägg anpassas nu efter erfarenheterna från denna. Flera regioner har visat intresse för utbildningen och materialet, och införande kommer att starta så fort covid-19-pandemin tillåter.

Återgranskning av regionalt arbete

Hösten 2020 återgranskades på önskemål från VG-regionen det arbete som gjorts där sedan 2015, främst det regionala arbetet, men till viss del även det lokala. Sammantaget visade återgranskningen att en stor del av de åtgärdsförslag som lades fram 2015 har genomförts, och att granskningen 2015 och det efterföljande arbetet varit av stort värde i detta arbete.

SweTrau

Genomförda granskningsomgångar har visat på bristande rapportering och framför allt användning av SweTrau-data. I de fall rapportering till SweTrau inte skedde vid granskningen har detta i samtliga fall förts upp som ett

åtgärdsförslag. Allt fler sjukhus rapporterar nu till SweTrau, och en viss ökning i användning av SweTrau-data ses nu.

Nordiskt samarbete

Genom hela projektet har ett nordiskt samarbete eftersträvat. Detta har huvudsakligen skett med Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi (NKT-Traume) i form av ömsesidigt utbyte av information, föreläsningar samt harmonisering av rekommendationer, traumalarmskriterier och övrigt material. Det föreligger nu mycket små skillnader mellan norskt och svenskt synsätt på exempelvis traumalarmskriterier, spinal rörelsebegrensning och liknande.

Resultat – utfall för patienter

Nationella resultat vad gäller överlevnad och livskvalitet för traumapatienter har inte kunnat undersökas. Detta beror framför allt på att registreringen i SweTrau inte har full täckning i Sverige och att det saknas etablerade utfallsmått för traumapatienter. Anslutna sjukhus till SweTrau 2013 var 28 av 60-70 akutsjukhus, vilket har ökat till 46 av 50 akutsjukhus 2019. Av dessa registrerade 43 av 48 sjukhus och täckningsgrad bedömdes 2019 till 72,6%. Den ökade registreringen och täckningsgraden ökar möjligheten till att framöver kunna utvärdera mortalitet över tid. Mortalitet som utfallsmått är dock ett mycket grovt mått på vårdkvalitet i den heterogena traumapopulationen. Mortalitet hos svårt skadade traumapatienter (definierat som Injury Severity Score >15) är ett utfallsmått som används inom traumatologi, medan etablerade mått på livskvalitet och andra icke-mortalitetsmått saknas. Inom ramen för det nordamerikanska vårdkvalitetsprogrammet American College of Surgeons-Trauma Quality Trauma Improvement Programme görs en djupare analys av mortalitet genom att följa mortalitet i kliniskt relevanta subgrupper (som exempelvis trubbigt multitrauma, penetrerande våld, blödningschock eller svår skallskada), allt i syfte att identifiera specifika vårdförlopp med sämre eller bättre utfall.

Under perioden infördes registrering i SweTrau med uppgift om multidisciplinär och multiprofessionell dödsfallsanalys var genomförd som vårdkvalitetsmått. Syftet med en dödsfallsanalys är att kunna identifiera förbättringsområden i traumaomhändertagandet. Andelen dödsfall som blir föremål för granskning redovisas i SweTrau sedan 2020.

Planerade utvecklingsarbeten

Rehabilitering efter trauma

Rehabilitering efter trauma är ett förhållandevis svagt område i svensk traumatologi. Alltför många patienter rehabiliteras inte till den potential de har efter initial vård. Skälen till detta är många, men främst beroende på en avsaknad av samsyn och en delvis bristande organisation. Ett planerat arbete för att öka samsyn och bättre användande av befintliga resurser måste skjutas fram till efter covid-19-pandemin.

Traumamanual

Under projektets gång har intresset för en nationell traumamanual vuxit fram. Södra sjukvårdsregionen har sedan 2018 en sådan, där cirka 85 % av texten är gemensam, medan bara 15 % har behövt anpassas lokalt. Detta ger goda förhoppningar om att ett sådant arbete kan skalas upp till nationell nivå, men även detta arbete har skjutits fram.

Media

Under Almedalsveckan 2018 arrangerade Löf ett symposium ”Om den stora katastrofen, civil eller militär, inträffar – hur tar vi hand om de skadade?”. Deltagare var Eva-Corina Caragounis, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Agneta Brandt, ordförande, Riksföreningen Trauma och Per Örtenwall, Försvarsmedicincentrum. Panelen diskuterade hur Sverige kan påverkas av katastrofer som kan drabba samhället i form av terroråd, olyckor och naturkatastrofer och hur väl samhället klarar av att ta hand om de skadade vid denna typ av händelser.

Ett flertal reportage och artiklar, huvudsakligen i fackpress, har genom åren beskrivit projektet. Vid enstaka granskningar har lokalmedia gjort reportage.

Vetenskaplig utvärdering

Någon formell vetenskaplig utvärdering av projektet har inte gjorts, med undantag för en analys av Nationella Traumalarmskriterier (F Linder 2018). Det kommer heller inte att vara möjligt att strikt vetenskapligt utvärdera projektet, då det i grunden är ett nationellt förbättringsarbete och därmed saknar möjligheten till kontrollgrupper.

I stället avses effekten utvärderas genom uppföljning av data i nationella kvalitetsregister samt lokala uppföljningar, vilka förhoppningsvis kan komma i gång hösten 2021.

Samlad bedömning av effekt – slutsatser

Sedan starten av Säker Traumavård 2014 har svensk traumasjukvård utvecklats kraftigt. Projektet har bidragit till denna utveckling, främst genom sin tvärprofessionella och samlande ansats. Under de sju år projektet varit i gång har ett flertal nationella rekommendationer tagits fram, vilka alla i hög grad används i klinisk verksamhet. Grunden har också lagts för fortsatt utvecklingsarbete med nationell prägel, med vilket menas att den utveckling som med fördel sker nationellt, också *kan* och *ska* ske nationellt, och inte bara på enstaka enheter.

Fortsatt utveckling

Säker Traumavård kommer att fortsätta. Vid styrgruppsmöte 2021-03-22 beslöts att arbetet framöver kommer att innefatta att:

- Behålla och utveckla den arena/plattform för tvärprofessionellt samarbete och tvärprofessionell utveckling av svensk traumasjukvård som byggts upp. Detta kommer främst att göras med regelbundna samlingar med företrädare för samtliga professioner.
- Behålla styrgruppens organisation för att kunna påbörja nya aktiviteter då detta bedöms lämpligt/behövligt.
- Vid tillfälle då styrgrupp bedömer lämpligt/möjligt påbörja en ny granskningsomgång.
- Förvalta och utveckla befintliga nationella rekommendationer. Nya dokument kommer vid behov att tas fram.
- Förvalta och utveckla framtagna team-utbildningar.
- Påbörja uppföljning av resultat.
- Sprida kunskap om arbetssätt och resultat på professionella möten och i andra fora.
- Uppmuntra att lärdomar och arbetssätt från traumasjukvård spillas över på andra medicinska discipliner, exempelvis teamarbete på akutrum.
- På lämpligt vis samarbeta med de NPO som innefattar traumasjukvård.

Slutord

Sedan projektet Säker Traumavård planerades och startade 2013-2014 har svensk traumasjukvård genomgått en mycket positiv utveckling. Från ett tillstånd med förhållandevis svag nationell samsyn runt bästa praxis, och en relativt individualistisk syn på kompetens inom trauma, har svensk traumasjukvård på kort tid utvecklats med tydlig nationell samsyn och ett fokus på samarbete, främst mellan professioner, men också mellan olika delar av traumasjukvårdskedjan. Säker Traumavård har tydligt bidragit till denna utveckling.

En plattform för utvecklingsarbete etablerades snabbt, och denna har möjliggjort att det nu finns nationella rekommendationer för traumalarmskriterier, spinal rörelsebegränsning, DT-trauma, bilddiagnostik vid penetrerande trauma och i masskadesituationer, samt teamutbildningar. Samarbetet med i första hand norsk traumasjukvård har ökat. Många hundratals lokala och regionala förbättringsåtgärder har genomförts. Konkreta planer finns för utveckling av ännu svaga områden.

Styrgruppen vill framföra sitt tack till alla de som gjort denna utveckling möjlig, och kan stolt men inte nöjd, konstatera att svensk traumasjukvård idag håller betydligt högre kvalitet och är säkrare än då projektet startade. Arbetet kommer att i olika former fortsätta.

Deltagande organisationer:

Föreningen Ledningsansvariga i Svensk Ambulanssjukvård, Riksföreningen för Ambulanssjuksköterskor, Svensk Förening för Akutsjukvård, Riksföreningen för Akutsjuksköterskor, Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård, Riksföreningen för Anestesi- och Intensivvård, Svensk Kirurgisk Förening, Riksföreningen för sjuksköterskor inom Trauma, Svensk Barnkirurgisk Förening, Svensk Ortopedisk Förening, Ortopedisjuksköterskor i Sverige, Svensk Neurokirurgisk Förening, Svensk Förening för Medicinsk Radiologi, Svensk förening för glesbygdsmedicin, Svensk Förening för Röntgensjuksköterskor, Riksföreningen för Operationssjukvård, Svensk Förening för Rehabiliteringsmedicin, Fysioterapeuterna, Svenska Traumaregistret, Svenska Frakturregistret, Svenska Intensivvårdsregistret, Riksföreningen för Barnsjuksköterskor och Löf.