

Minnesanteckning, Användarmöte i SWETRAU

Datum 2017-05-03
Tid 09:45 – 15:30
Plats Clarion Hotel Post, Drottninggatan 10, Göteborg

1. **Välkomna, presentation och nästa möte** Olof Brattström

Alla hälsades välkomna och fick presentera sig och berätta vilket sjukhus de kom ifrån. Olof berättade att Nätverk för Trauma kommer att ha sitt nästa möte den 30/11 antingen i Malmö eller Stockholm på det mötet kommer fokus att vara på ”Trauma-DT” och ”Prehospitalfixering”. Monica Frick-Bergström hälsade alla välkomna till **nästa användarmöte i Grönwallsalen på Akademiska sjukhuset, Uppsala den 24/10**. Dagen innan, **23/10**, är det ”**Utbildning för nya användare**” detta också på Akademiska sjukhuset.

2. **QlikView** Susanne Albrecht och Thomas Troeng **Bilaga 1**

Det första och viktigaste budskapet är att i QlikView jobbar man med exporterade data och man kan aldrig förstöra eller ändra något i databasen. Det är bara att försöka och börja om från början om det blir fel.

QlikView manual finns på huvudsidan i SweTrau bredvid SweTrau manualen och Utstein protokollet (bild 19).

Om QlikView finns uppe till höger i QV. Där hittar man en snabbguide med tips och förklaringar av funktioner (bild 4–5).

Radera val För att bara radera enstaka val så använder du suddgummit framför respektive val i rutan nere till vänster ”Aktuella val”. Blir det fel och man vill börja om från början så finns det högst upp till vänster en knapp som raderar alla val utom de du valt att låsa (bild 6–7).

Låsa val och Bokmärken Genom att låsa vissa val så behöver du inte alltid börja om från början när du ska titta på nya saker under tex samma tidsperiod. Ett bokmärke skapar du för att snabbt få fram en rapport som du regelbundet ska använda. Då alla bokmärken ses av alla så ska du namnge ditt bokmärke, börja med ditt sjukhus namn och sedan vad det visar (bild 10–11).

Presentations form I fältet med diagrammets namn finns 5 symboler. Via dem kan du få diagrammet utskrivet, exportera data till Excel, mini/maximera figuren. Genom att trycka på de två pilarna så ändrar du presentationsform mellan antal – procent – diagram (bild 12–14).

Definitioner och begrep finns det en knapp i menyraden som heter här hittar du SweTrau manualen och Utstein protokollet (bild 15).

Mer under denna knapp finns mycket information som kan underlätta för den som vill gräva djupare i QV (bild 16–18).

Qlikview är har samma flikar som SweTrau och de innehåller också samma information för att det ska underlätta för användaren att hitta bland alla variabler. På varje flik finns ett antal standardrapporter där man kan se hur man ligger till i förhållande till samma typ av klinik och mot riket i stort (bild 23–41).

Analys fliken kan du använda för att titta närmre på dina egna siffror. Du kan göra val på alla de andra flikarna för att få ut rätt patientgrupp. På analysfliken väljer du sedan vilken dimension du vill se och hur du vill ha siffrorna beräknade; tex antal patienter/veckodag eller antal vårddyggn/skademekanism (bild 43–56).

Diskussion Alla på användarmötet var överens om att det skulle vara intressant att kunna se siffrorna från alla olika sjukhus i QV, frågan får tas upp på nästa styrgruppsmöte. Vid nästa möte med utvecklarna av QV ska det tas upp att man vill ha ut siffrorna för både ISS och NISS och man ska också titta närmre på var bäckenfrakturerna ligger kategoriserade.

3. **Trauma ur ett psykosocialt perspektiv** Öllegård Jacobsson, kurator och Carina Ståhl-Wenander, kurator

När man pratar kristeori faller man ofta tillbaka på Cullbergs bok "Kris och utveckling" från 1975. Den bygger på att man måste gå igenom ett antal faser i rätt ordning för att klara av att gå stärkt ur en kris. I dag anses boken vara omodern men många patienter refererar till den och undrar tex "varför gråter jag inte?" och tycker sig reagera konstigt då de inte följer "mallen". I dag ser man mer individbaserat på krisreaktioner och lägger ingen vikt på i vilken ordning olika reaktioner kommer. Man pratar mer om akutfas – mellanfas – långtidsfas och det gäller att anpassa stödet efter individen och dennes behov och möjligheter.

På Sahlgrenska sjukhuset där Öllegård och Carina jobbar har man prioriterat kontinuiteten för patienten så hen inte ska behöva anförtro sig till nya personer efterhand som de flyter genom vårdkedjan. De har möjlighet att följa patienten från Akuten/IVA och hela vägen ut i primärvården om behovet finns. I akutfasen bedriver de en uppsökande verksamhet och informerar och stärker personens egen förmåga att ta hand om saker. De skickar hem brev till de som hinner gå hem med information om krisreaktioner och uppmanar dem att hör av sig om de känner att det behövs.

Deras stora jobb ligger i mellanfasen då de tar ansvar för att söka upp patienten igen och hjälper dem att komma vidare och få de kontakter den behöver. De behåller kontakten med patienten så länge behovet finns vilket kan vara länge även efter hen skrivits hem från sjukhuset. Det kan ta 1–2 veckor innan det går att avgöra vilka som kommer att behöva mycket stöd och vilka som klarar sig själv.

4. **Funktion och smärta efter revbensfrakturer** Monika Fagevik Olsén, Professor, FoU-sjukgymnast

Multipla revbensfrakturer är smärtsamt och människan gör vad hon kan för att minska smärtan vilket leder till en inskränkt funktion.

Långtidseffekterna av en bröstkorgsskada kan bli många felläkta frakturer, brosk och ledbesvär, muskel/nervskador och smärta. Smärtan kan i sin tur leda till att rörligheten i thorax, lungvolymen, lungfunktionen blir nedsatt men även rörligheten och funktionen i axeln påverkas negativt. Det finns siffror som visar på ett samband mellan antalet revbensfrakturer och mortalitet/chock/GCS <8.

Den studien som nu pågår syftar till att utvärdera respiratorisk och fysisk funktion, smärta, rörlighet och rörelserädsla hos patienter med multipla revbensfrakturer hos individer som genomgått stabiliserande kirurgi och jämföra med historiska kontroller som behandlats konservativt. Det ingår 30/31 patienter i varje grupp så det är ett relativt litet patientmaterial och därför svårt att dra några helt säkra slutsatser. Studien visar att efter kirurgi finns en tendens till mindre smärta, en större rörlighet i nedre delen av thorax och en något bättre fysisk funktion. Omhändertagande av patienter med multipla revbensfrakturer är viktigt oavsett stabilisering eller inte och bygger under vårdtiden på andningsträning, mobilisering och att starta rehabiliteringen. Efter utskrivningen är uppföljningen viktig med fokus på följande 4 områden: smärta, nedsatt respiration, nedsatt rörlighet, nedsatt fysiskfunktion/fysisk aktivitetsnivå.

5. **Skyddad Identitet** Thomas Troëng

Det finns 3 olika typer av skyddad identitet, Sekretessmarkering (omprövas varje år), kvarskrivning och fingerad personuppgift. Alla typer av skyddad identitet ställer särskilda krav på sjukvården för att inte deras identitet eller adress ska röjas. I kvalitetsregister blir det komplicerat att hantera patienter med skyddad ID vid informationshantering, uppföljning, ev. studiedeltagande mm. All personuppgiftshantering kan också utgöra en extra risk för sekretessbrott även den som sker i kvalitetsregister. Detta är bakgrunden till styrgruppens beslut att:

1. **Patient med skyddad ID skall inte registreras i SweTrau**
2. **Patient som får skyddad ID under vårdtillfället strykes ur SweTrau**
3. **Patient med skyddad ID ibland/ibland inte registreras när skydd inte föreligger, men inte när skydd föreligger**

6. **Registrerar vi rätt?** Tina Friberg **Bilaga 2**

På KS Solna har haft möjligheten att validera våra siffror i några år och vi har lärt oss mycket på det. Det första vi insåg är hur oändligt lätt att göra fel bara genom att markören står på fel ställe eller att man blir avbruten i sin tankebana. Genom att systematiskt titta på de siffrorna vi lägger in har vi inte bara kunnat rätta de fel vi råkat göra utan också lärt oss var risken för fel är som störst. Det är viktigt att komma ihåg att ingenting du gör i Excel påverkar vad som finns i SweTrau. Gör du fel är det bara att börja om igen, vill du rätta till något sök upp patienten i SweTrau och gör rättningen där. Våga prova och hör av er om in blir fundersamma.

999 – Okänd finns i alla rullister men ska inte vara en enkel lösning utan ett sista alternativ. Beroende på vad som ska tittas på så finns det alltid en risk att patienter med en okänd variabel måste strykas.

NISS – Skaderegistrering är jätte viktig för att det inte ska se ut som din klinik har väldigt många oskadade patienter. På nya plattformen kommer det inte att gå signera en patient utan skador om inte rutan ”inga skador” är i kryssad. I QlikView får man bara ut siffror på signerade patienter och det är därför viktigt att så många patienter som möjligt blir klara för få ut korrekt statistik.

Export – Excel Börja med att ta ut en export i Excel format, välj att ta ut alla registreringar. (bild 1–3). Lägg till filter på kolumnerna (bild 4). Printa ut sidan 21–22 i SweTrau manualen så står att du hittar och förstår förkortningarna i högst upp i Excel filen.

Penetrerande våld Det finns lite större andel penetrerande våld bland trafikolyckor och fallolyckor än förväntat, vilket kan bero på en begrepps förvirring. Definitionen av trubbigt/penetrerande våld finns i SweTrau manualen och exemplen i Utstein protokollet gör det lite enklare (bild 5–6). Vill du titta på hur det ser ut på din klinik så välj ”1” i filtret på kolumnen inj_dominant och ”1–4, 9, 10” i kolumn inj_mechanism. Nu ser du bara de patienterna med penetrerande våld som är trafik- eller fallolyckor. Vill du titta närmre på någon enskild patient så går du till personnumret och letar upp patienten i SweTrau och journalsystemen.

NISS >15 och ej IVA vård För att se dessa patienter så ska du ta bort tidigare filter! Boka ur ”1–14” i filtret på kolumnen NISS. Gå till host_care_level och ta bort valet 5 – IVA vård.

Transportslag/prehospitalvård Det finns en del patienter som kommer med ambulans/helikopter/ambulansflyg och inte har någon prehospitalvård enl det siffrorna i SweTrau. Det är säkert en del som sluntit på tangenterna men det verkar finnas en otydlighet när det gäller definitionen. Nivå 1 på ”Prehospital kompetens” innebär att patienten kommit i privat fordon utan medicinskövertvakning (bild 7–8). För att hitta dessa patienterna, ta bort tidigare filter, välj ”1–3” i filtret på Pre_transport och ”1” på Pre_provided.

Prehospitalt hjärtstillestånd är en liten men attraktiv grupp att titta på i traumasammanhang. Det är därför bra att kontrollera dem en extra gång så det verkligen är ett hjärtstillestånd. Ta bort tidigare filter och välj ”1” i pre_card_arrest och gå fram i till personnumret för att kunna läsa och kontrollera i journalen.

7. **Sammanfattning av användarenkäten** Tina Friberg **Bilaga 3**

Vi vill tacka alla som tagit sig tid att svara på användarenkäten! Svarefrekvensen blev över 80% vilket är väldigt bra och flera av de som inte svarade är nya användare som inte ansåg sig ha kunskap nog för att svara. Efter enkäten skickades ut har ytterligare 6 sjukhus anslutit sig vilket man får beakta i vissa svar. På dryg hälften av sjukhusen är det mer än en person som registrerar vilket är positivt då registreringen blir mindre sårbar. Alla sjukhus som svarade hade minst en person som gått AIS kursen men då de som inte svarat till stor del utgörs av nya användare är behovet av AIS kursen fortfarande stort. Över 66 % gör det stora jobbet att leta igenom akutliggaren för att hitta sina traumapatienter och det är 18st sjukhus som använder flera kompletterande vägar för att hitta sina patienter. Flera av utvecklingsförslagen som kom fram kommer att genomföras med nya plattformen medan andra ligger betydligt längre fram i tiden. Genom användarenkäten kom det också fram flera mycket bra förslag på vad som behöver förtydligas i manualen när den görs om i och med plattformsbytet.

8. **VIS – Vården i siffror, Plattformsbyte** Susanne Albrecht och Thomas Troëng

Vården i Siffror är ett verktyg som finns på webben där allmänhet och sjukvårdspersonal kan gå in och jämföra siffror från olika sjukhus och klinker, www.vardenisiffror.se/. Över 50 olika register levererar 2/3 av siffrorna och tanken är att SweTrau ska bli ytterligare ett. Den kvalitetsindikator som SweTrau kommer att lägga ut i första skedet är ”Andel genomförd peer review av dödsfall på respektive enhet”.

Det är stora förseningar på bytet av plattform men vi har fått ett första utkast på skadesidan med ”skadegubben”. Den dashboard som kommer att finnas på första sidan kan innehålla textosignerade/signerade patienter och skadegrad/sjukhus dessa redovisade så jag ser mitt sjukhus på de 10 – 20 största klinikerna. Förslag på vad ni vill se på dashboarden får gärna skickas till Tina eller Susanne.

Deltagare

Lena Andersson	Eskilstuna/Nyköping
Susanne Sellberg	Gävle
Sandra Söderberg	Halmstad
Gunilla Collin	Helsingborg
Lillan Forsberg	Huddinge
Carina Högberg	Jönköping
Helene Lövenström	Karlstad
Doris Edholm	KS Barn
Liselott Västerbo	KS Solna
Lena Jansson	KS Solna
Tina Friberg	KS Solna
Olof Brattström	KS Solna
Marigory Aamdal	Lidköping
Anna Larsson	Lidköping
Maria Håkansson	Malmö/Lund
Johanna Ollén	Malmö/Lund
Gunilla Björk	Mora
Mari Lovén	Mora
Leena Johansson	NÄL
Gunilla Rydén	NÄL
Susanne Albrecht	RC Syd
Tomas Troëng	RC Syd
Anneli Hammarskjöld	Ryhov
Lotta Taxén	S:t Göran
Maria Wällberg	Sahlgrenska
Maria Mitra	Sahlgrenska
Maria Nilsson	Sahlgrenska
Eva Åkerström	Södersjukhuset
Monica Frick Bergström	Uppsala
Anneli Gustavsson	Uppsala
Lena Falkenström	Varberg
Lena Ericsson	Varberg
Joakim Johansson	Värnamo
Jennie Borsved	Värnamo
Anna Lena Bergström	Västervik
Anette Eriksson	Västervik
Jasmina Kljucovic	Västerås
Eva-Lena Birkenholt Widell	Västerås
Ewa Gustavsson	Örebro