

Optimalt omhändertagande vid trauma

Traumaomhändertagande är resurskrävande och kostsamt. För att säkra optimal handläggning krävs nationella riktlinjer.

ELSE RIBBE, docent i kirurgi, tillsynsläkare/inspektör, Socialstyrelsen (f.d. överläkare, Region Skåne; tidigare ordför-

ande i regionala medicinska rådet –Trauma i södra sjukvårdsregionen
else.ribbe@gmail.com

Trauma är ett större och mer mångfasetterat hälso- och sjukvårdsproblem än vad man först kan tro. I EU-länderna dör en människa varannan minut på grund av trauma, och för varje avliden drabbas enligt beräkningar två till tre individer av bestående invaliditet. Trauma är den vanligaste dödsorsaken i åldrarna 1–42 år. Inom EU är det den fjärde vanligaste dödsorsaken för alla åldersgrupper, efter kardiovaskulär sjukdom, cancer och lungsjukdom [1]. Då trauma ofta drabbar unga människor innebär varje avliden traumapatient i medeltal 36 förlorade levnadsår, vilket är mer än för patienter med ischemisk hjärtsjukdom [2].

Sverige är ett relativt lugnt land med förhållandevis säkra vägar, bilar och arbetsplatser. Frekvensen av stort trauma är lägre här än i många andra länder. Statistiskt ligger vi på den lägre halvan över dödstal i samband med trauma inom EU [1]. Cirka 4000 personer i avliden årligen efter trauma. Detta innebär att varje sjukvårdsanställd, prehospitalt och på sjukhus, i Sverige har förhållandevis liten erfarenhet av att handlägga patienter som utsatts för stort trauma.

Multidisciplinärt och multiprofessionellt omhändertagande

Omhändertagande av traumapatienter är både multidisciplinärt och multiprofessionellt. Handläggningen av svårt skadade kräver i initialskedet omedelbar hög kompetens, men är också ofta långt utdraget tidsmässigt. Under sjukdoms- och rehabiliteringstiden behöver patienterna ofta handläggas på flera sjukvårdsinrättningar. Traumaomhändertagande är därmed både resurskrävande och kostsamt. Detta har säkert bidragit till att utvecklingen av ett optimalt traumaomhändertagande haltat. I USA bildades 1922 American College of Surgeons – Committee of Trauma (ACS-COT). 1976 publicerade man ett första dokument där riktlinjer för traumaomhändertagande presenterades. Detta arbete, som regelbundet reviderats och förfinats, beskriver kraven på ett system som innefattar alla delar av traumaomhändertagandet (prevention, prehospitalt och intrahospitalt omhändertagande, rehabilitering, forskning och uppföljning) [3]. Traumacentra i USA rekommenderas att genom regelbundna granskningar visa att de lever upp till kraven för att få behålla sin status.

Vid en genomgång av traumaomhändertagande i England 2010 konstaterades att »nuvarande service för människor som drabbas av stort trauma är inte tillräckligt god» och stora skillnader mellan olika sjukhus påvisades. En plan togs fram för åtgärder och för vilka krav som kan ställas på optimalt

FAKTA 1. Granskade områden vid traumagranskning

- Övergripande ledning
 - ansvar
- Attityder
 - inställning
- Lokal organisation
- Teoretisk och praktisk kompetens
- Rutiner
- Utrustning, lokaler
- Kommunikation
 - dokumentation
- Kvalitetsarbete
 - uppföljning
 - forskning
- Register
- Prehospital sjukvård
 - sekundärtransporter
- Flera skadade
- Ekonomi

traumaomhändertagande [4]. I Norge genomfördes 2005–2006 en kartläggning av landets traumaomhändertagande, vilken resulterade i en noggrann plan för optimering [5]. Tidsplanen för genomförande sträckte sig fram till år 2012 och engagerar hela sjukvårdssystemet.

I Stockholm gjordes 2006 en genomgång av traumaorganisationen inom Stockholms läns landsting. Ett antal brister identifierades och förslag till förbättring rörande omhändertagandet av traumapatienter inom länet togs fram. Bland annat centraliserades omhändertagandet av patienter som utsatts för stort trauma till Karolinska universitetssjukhuset [6].

Nationella och regionala riktlinjer för traumavård saknas

Hälso- och sjukvården ska enligt lag bedrivas så att den uppfyller kraven på god vård. Målet är god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Vidare åligger det vårdgivaren att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att god vård upprätthålls. I dag saknas nationella och regionala riktlinjer för hur traumaskickvården ska organiseras, och för vad som är lägsta acceptabla nivå för att uppnå optimalt omhändertagande och kunna säkerställa att man lever upp till hälso- och sjukvårdslagens (1982:763, 2§) och patient-säkerhetslagens (SFS 2010:659, 3 kap 1§) krav.

Det regionala medicinska rådet i södra sjukvårdsregionen (Skåne, Blekinge, Kronobergs län och Södra Halland), RMR-Trauma, har under lång tid bestått av traumaengagerade kolleger från olika specialiteter. Rådet har under flera år genomfört strukturerade granskningar (peer reviews) av organisationen vid regionens traumaomhändertagande sjukhus [7].

I flera rapporter har rådet fört fram förslag till förbättringar inom olika områden (Fakta 1) som lett till varierande grad av av åtgärder vad gäller traumahandläggningen på de olika sjukhusen. Det saknades dock krav på ett gemensamt direktiv för hur organisationen ska se ut för att säkra ett optimalt traumaomhändertagande. Utifrån våra granskningar anser vi oss ha god kännedom om hur en sådan organisation ska se ut.

RMR-Trauma har fått i uppdrag av Södra regionvårdsnämnden att utarbeta en plan för optimalt omhändertagande vid stort trauma inom regionen [8]. Målsättningen är att skapa en samverkande organisation, inom och mellan förvaltningar och landsting/regioner, med väl utbildade medarbetare som dygnet runt omedelbart kan sörja för ett gott omhändertagande av svårt skadade patienter.

SAMMANFATTAT

Varannan minut dör en människa inom EU på grund av trauma och 2–3 ytterligare individer skadas med bestående men. **Traumaomhändertagande** är resurskrävande och kostsamt. **Flera länder har satt upp** nationella riktlinjer, men i Sverige saknas nationella eller regionala krav rörande traumavårdens

organisation och lägsta acceptabla omhändertagandenivå. **Inom södra sjukvårdsregionen** har man kartlagt traumaskickvården och en plan för optimal organisation har tagits fram. **Det är väsentligt att med kraft** arbeta för nationella riktlinjer för att säkra optimal handläggning av stort trauma.

FAKTA 2. Exempel på traumaomhändertagande

Lokal organisation

Bakgrund

- Formerna för prehospital verksamhet skiljer sig inom södra sjukvårdsregionen.
- Varje akutsjukhus har sin egen organisation för trauma, vilken varierar beroende på lokala traditioner och förutsättningar.
- Varierande grad av kontakt finns mellan de prehospitala organisationerna samt mellan dessa och de specialiserade akutsjukhusen.
- Samarbetskanaler för överflyttning av patienter varierar.

Problem

- Övergripande, strukturerad och sammanhållen modell för traumaomhändertagande saknas.
- De specialiserade akutsjukhusen saknar i större eller mindre utsträckning drivande kirurgkliniker.
- Traumafrågor drivs genomgående av små grupper med stort engagemang för traumafrågor. De saknar ofta uttalat stöd från sjukhusledningen.
- Prehospitala funktioner är inte fullt samordnade.

Vision

- De prehospitala organisationerna har tydliga riktlinjer för traumaarbete och samarbete med organisationer utanför sjukvården.
- Omhändertagandet präglas av samsyn. Alla delar i omhändertagandet integreras på bästa sätt för patienten; från prehospitalt omhändertagande till rehabilitering och uppföljning.
- De specialiserade akutsjukhusen har en tydlig traumaorganisation som leds av en traumakommitté eller motsvarande med mandat från sjukhusledningen.
- Rutiner, utbildning och uppföljning har en målsättning att följa bästa praxis.
- Det finns skriftliga, väl förankrade och likartade rutiner för hur traumaarbetet ska gå till.
- Vid varje specialiserat akutsjukhus finns traumateam med tydlig rollfördelning som kan larma dygnet runt.

- Traumateamets arbete leds alltid av en välutbildad teamledare.
- Alla primärjourer och bakjourer är läkare med ATLS-utbildning (advanced trauma life support) och god vana av akutrumsarbete.
- Alla kirurgbakjourer har utbildning enligt DSTC (definitive surgical trauma care).

»Ska«

- Multidisciplinärt och multiprofessionellt framtagen och dokumenterad process för hela omhändertagandet från skadeplats till rehabilitering. Regelbunden översyn sker.
- Tydliga riktlinjer för utlarmning, prioritering, styrning, kommunikation.
- Handläggning sker enligt ATLS-/PHTLS-principer (PHTLS; prehospital trauma life support).
- Traumalarmkriterier baseras på ATLS och är likartade inom hela regionen. Rutinen gäller dygnet runt.
- Varje akutmottagning har rutiner för att handlägga flera svårt skadade eller sjuka.
- Varje förvaltning har en traumagrupp/-kommitté, utsedd av respektive förvaltningschef eller motsvarande, som är multidisciplinärt sammansatt och har mandat att besluta i rutinfrågor rörande trauma. Beslutsorganisation för traumafrågor som kan ha påverkan på annan verksamhet eller som har större inverkan på ekonomin finns.
- Rutiner för tidiga kontakter med rehabiliteringsenhet finns.
- Väl utarbetad organisation för psykosocialt omhändertagande för patient, anhöriga och personal finns vid varje sjukhus.

»Bör«

- Teamledaren bör vara specialistkompetent kirurg med ATLS-utbildning och med flerårig erfarenhet och aktuell vana av akutrumsarbete.
- Traumagrupp/-kommitté bör ha egen budget.

Inget sjukhus i regionen visade sig ha alla de förutsättningar som krävs för att optimalt omhänderta alla skador hos de svårast skadade patienterna, det vill säga för att kunna kallas traumacentrum. Ett sådant centrum behöver skapas.

Utredningen visar också att det förutom ett regionalt traumacentrum bör finnas specialiserade akutsjukhus som självständigt eller i samråd med traumacentrum kan handlägga de flesta patienter som utsatts för stort trauma. Denna nivå motsvaras av våra akutsjukhus (sjukhus med bland annat dygnet runt-öppen akutmottagning och operationsmöjlighet, det vill säga i praktiken dagens länssjukhus/centralsjukhus). Utöver detta kartlades bakgrund, problem, vision samt »ska-krav« och »bör-krav« inom varje område. Som exempel presenteras delar av punkten »Lokal organisation« i Fakta 2. Uppdelningen baseras på gruppens uppfattning om vad som är allra bäst respektive vad som är rimligt för att nå resultat med de geografiska, personella och ekonomiska förutsättningar som finns. I »ska-kraven« sattes en lägsta nivå för optimalt omhändertagande.

Denna genomgång, liksom andra genomgångar, poängterar att de specialiserade akutsjukhusen ska ha möjlighet, och uppgift, att optimalt handlägga merparten av regionens alla fall av stort trauma, men att det behövs ett regionalt traumacentrum som dygnet runt ska ha tillgång till alla adekvata specialiteter. Detta ska vara en regional angelägenhet. Centret ska ha övergripande ansvar för utbildning, kompetensstöd, kvalitetsutveckling och forskning inom området stort trauma.

Genom att gå igenom alla delar av traumaomhändertagandet har vi kartlagt vilken form av organisation som skulle kunna optimera handläggandet av patienterna på ett rimligt och genomförbart sätt. Organisationsplanen mottogs väl av Södra regionvårdsnämnden. De olika landstingen hade dock olika synpunkter på hur man kan gå vidare. Därmed nåddes inte regional konsensus. I nuläget har planen inte lett till riktlinjer på regional nivå, men enskilda sjukhus har använt utredningen för att optimera sin organisation och sitt omhändertagande.

Med tanke på att traumapatienter inte sällan behöver vård på flera olika sjukhus och med vetskap om de senaste årens stora traumahändelser (exempelvis i Finland och på Utøya) är det viktigt att med kraft arbeta för nationella riktlinjer för att säkra omhändertagandet av svårt skadade, närhelst och varhelst skada inträffar. För att få genomslag i införandet av riktlinjer måste beslut tas på hög nivå, och med tanke på variationerna vad gäller skadepanorama samt personal- och sjukhusbehov är det väsentligt att arbeta för att riktlinjerna och kraven ställs nationsövergripande, med hänsyn till geografiska och befolkningsmässiga variationer. Organisationen behöver inte i detalj se lika ut överallt, men målet ska vara att så många patienter som möjligt ska ha tillgång till ett gott omhändertagande.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

LÄS MER Engelsk sammanfattning Läkartidningen.se

REFERENSER:

1. Injuries in the European Union Statistics Summary 2005–2007. Rapport 2009. EU Injury Database: Wien; 2009.
2. Chaira O, Cimbanissi S. Organized trauma care: does volume matter and do trauma centers save lives? Curr Opin Crit Care. 2003;9:510–4.
3. Resources for optimal care of the injured patient 2006. Chicago: American College of Surgeons; 2006.
4. Major trauma care in England. London: National Audit Office; 2010.
5. Organisering av behandlingen av allvarlig skadade patienter. Traumesystem. Arbetsgrupp nedsatt av RHF-ene. Rapport 2009.
6. Fokusrapport. Multitrauma. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2006.
7. Ribbe E, Cornelius M, Emtersjö G, et al. Traumasjukvården har satts under luppen i södra sjukvårdsregionen. Peer review-system för bättre vård. Läkartidningen. 2006;103: 2470–2.
8. Jacobsson A, Ribbe E, Lindgren P, et al. Organisation för Traumasjukvården i Södra sjukvårdsregionen – en övergripande målbild. Södra regionvårdsnämnden; 2011.