

# Traumaskjukvården har satts under luppen i södra sjukvårdsregionen

## Peer review-system för bättre vård

**ELSE RIBBE**, docent, överläkare, Centralsjukhuset i Kristianstad  
**MARIA CORNELIUS**, överläkare, Helsingborgs lasarett  
**GÖRAN EMTERSJÖ**, överläkare, Centralsjukhuset i Kristianstad  
**PELLE GUSTAFSON**, docent, överläkare, Universitetssjukhuset i Lund  
**KJELL IVARSSON**, med dr, överläkare, KAMBER Skåne  
**ANDERS JACOBSSON**, överläka-

re, Länssjukhuset, Halmstad  
**PÅR LINDGREN**, överläkare, Centrallasarettet Växjö  
**BIRGER PÅLSSON**, med dr, överläkare, Universitetssjukhuset MAS, Malmö  
**THOMAS TROENG**, docent, överläkare, Blekingesjukhuset i Karlskrona



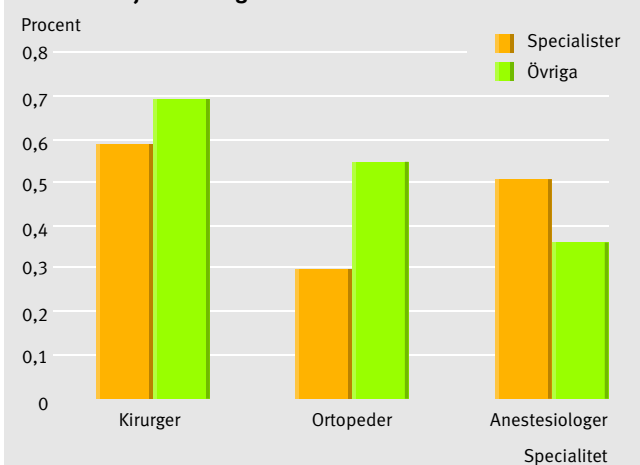
Då Region Skåne i början av 2000-talet började det genomgripande arbetet med organisationsförändringen »Skånsk livskraft – vård och hälsa« [1] var traumaskjukvård ett av de prioriterade områdena. Som ett led i förberedelserna gjordes en genomgång av hur ett optimalt omhändertagande av patienter som utsatts för stort trauma bör ske. En målbild upprättades [2], där det specificerades vad som krävs för att ett sjukhus ska kunna ta emot traumapatienter. Även för högspecialiserad traumaskjukvård fastställdes riktlinjer [3].

Som en naturlig följd av detta arbete uppkom en tanke om en översyn och samordning av traumaverksamheten inom inte bara Region Skåne, utan inom hela södra sjukvårdsregionen (södra Halland, Region Skåne, Landstinget Kronoberg och Landstinget Blekinge). Regionen har ett upptagningsområde på cirka 1,7 miljoner invånare. I detta område finns idag sju akutsjukhus (i Halmstad, Helsingborg, Karlskrona, Kristianstad, Lund, Malmö samt länssjukvården i Kronoberg/Växjö-Ljungby). Lasarettet i Ystad intar för närvarande en mellanställning, och dess framtida roll i traumasammanhang är (när detta skrivs) oklar.

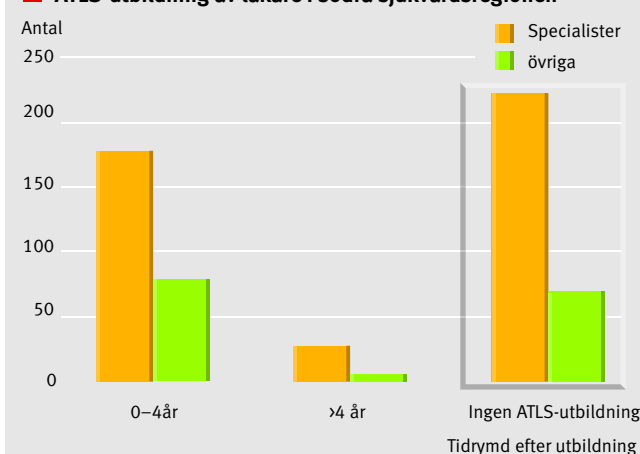
Traumapanoramats inom regionen präglas, liksom i resten av Sverige, av trubbigt våld med motorfordonsolyckor som klart dominerande orsak, följt av fallolyckor. Penetrerande våld utgör en liten, men ökande, del av traumaorsakerna. Årligen handläggs i regionen 1 500–2 000 patienter som utsatts för stort trauma, vilket definieras som olycka där en eller flera patienter uppvisar livshotande skada/or eller där risk för livshotande skada/or föreligger.

Inom regionen sker inlarmning via SOS Alarm. Den prehospitala akutsjukvården är i Region Skåne organiserad under en

■ Andelen läkare som genomgått ATLS inom olika specialiteter i södra sjukvårdsregionen



■ ATLS-utbildning av läkare i södra sjukvårdsregionen



**Figur 1.** Resultat av enkät om traumautbildning i södra sjukvårdsregionen (ATLS = advanced trauma life support). Enkäten var ett första steg i översynen av traumaverksamheten i regionen.

gemensam förvaltning, KAMBER (ambulans-, katastrof- och beredskapsförvaltningen), medan den i övriga delar av södra sjukvårdsregionen är antingen en fristående verksamhet eller en enhet inom en sjukhusklinik.

Utbildning inom trauma sker vid alla akutsjukhus i regionen.

## ■ SAMMANFATTAT

I södra sjukvårdsregionen har ett arbete inletts för att kontinuerligt genomföra sakkunniga granskningar (s k peer review) av traumaskjukvården inom regionen.

I en första granskningsomgång har sex akutsjukhus deltagit. Resultaten har sammanställts i ett granskningsdokument, som gett upphov till såväl uppmärksamhet och diskussion som konkreta åtgärder på det granskade sjukhuset.

Granskningsdokumentet har i

flera fall fungerat som påtryckningsmedel för att få genomföra önskade förbättringar, t ex nyanskaffning av utrustning, justering av traumaorganisationen eller stärkande av kirurgens roll.

Granskningsarbetet har genomförts av »Södra sjukvårdsregionens traumagrupp«. Förhoppningen är att arbetet ska fungera som en resurs för utveckling av traumaskjukvården både inom regionen och för det enskilda sjukhuset.



Kvalitetsgranskningen omfattade även förberedda traumaövningar.  
Foto: Else Ribbe



Tre sjukhus är kursorter för ATLS-utbildning (advanced trauma life support), medan PHTLS-utbildning (prehospital trauma life support) ges vid ett sjukhus. Sjuksköterskor utbildas vid alla sjukhusen enligt antingen TNCC (trauma nurse core course) eller ATSS (akut traumaomhändertagande för sjuksköterskor i Sverige).

Södra regionvårdsnämnden är ett politiskt samverkansorgan för landstingen i regionen och har till uppgift att verka för samordning av vård och utbildning i sjukvård. I dess regi bildades år 2002 »Södra sjukvårdsregionens traumagrupp« (SSRTG). Denna grupp består av en läkare, kunnig och engagerad inom traumavård, från respektive akutsjukhus samt från KAMBER; samtliga är utsedda av respektive sjukhuschef/förvaltningschef. Gruppens uppgift är ytterst att förbättra traumavården i södra sjukvårdsregionen genom att arbeta med frågor om utbildning, samarbete, kvalitetsutveckling och forskning.

## Enkät gav inte hela svaret

Vårt arbete inleddes med att bedöma och försöka samordna traumautbildningarna i regionen. En enkätundersökning visade bl a att bara hälften av de läkare som deltog i initialt omhändertagande av traumapatienter hade ATLS-utbildning (Figur 1). Efter denna enkät stod det dock relativt klart för oss att vi inte kunde få en rättvisande bild av traumaverksamheten vid respektive sjukhus utan att direkt på plats ha bedömt verksamheten.

Vi tog därför initiativ till en sakkunnig kvalitetsgranskning (s k peer review), vilken i detta fall inneburit en utomstående, av professionen genomförd, strukturerad granskning av traumaverksamheten vid respektive sjukhus. Syftet med granskningarna var att

- kartlägga hur regionens traumaverksamhet fungerar
- värdera om det föreligger väsentliga skillnader
- på sikt skapa gemensamma optimala rutiner/riktlinjer för traumavård (med hänsyn till lokala förutsättningar)
- sätta fokus på traumavården

## FAKTA 1. Intervjuade personalkategorier

Sjukhuschef	Sjuksköterskor
Verksamhetschefer	Undersköterskor
Jourhavande läkare	Sekreterare
Läkare från olika kliniker	Prehospital personal
Kurator/präst	

- ge incitament för kvalitetsarbete och forskning inom traumavård.

## Granskning i södra sjukvårdsregionen

**Förberedelser.** I USA finns sedan flera år riktlinjer för adekvat traumavård [4]. Dessa riktlinjer har utgjort en bas för oss för vad som har granskats på varje sjukhus.

Inför den första granskningen gick vi igenom vilka parametrar som är väsentliga att belysa vid en granskning. Vår intention var att bedöma hela traumaomhändertagandet, dvs inlarmning, organisation, ledning/ansvar, lokaler, utrustning, patientens väg genom sjukhuset, utbildning/kompetens, bemanning, uppföljning/forskning, kvalitetsarbete, attityder, dokumentation, rutiner, ekonomi och kommunikation, såväl pre- som intrahospitalt.

Inför en granskning skrev SSRTGs ordförande ett brev till ordföranden i traumakommittén vid det aktuella sjukhuset med önskemål om att få genomföra en granskning. SSRTGs representant vid detta sjukhus sammanställde sedan basdata för sjukhuset – dvs upptagningsområde, årligt antal besök på akutmottagningen, årligt antal traumapatienter på akutmottagningen, årligt antal traumalarm, antal IVA-vårdade traumapatienter – och samlade också aktuell dokumentation av traumavård. Han/hon upprät-

## FAKTA 2. Exempel på information i det slutliga granskningsdokumentet

### A. Övergripande intryck från olika granskningar

Traumarummet är rymligt, funktionellt och välutrustat  
Den medicintekniska utrustningen är omodern och överskådlig  
Den kirurgiska kompetensen i initialskedet är inte säkrad  
Det psykosociala omhändertagandet är föredömligt  
Generellt positiv inställning till traumaarbetet inom sjukhuset  
Arbetet genomfördes helt enligt ATLS-principer (advanced trauma life support)  
Övergripande falldiskussioner saknas

### B. Sammanställning av erhållen information i olika kategorier

#### Traumagruppen/traumakommittén:

Gruppens uppdrag är klart definierat  
Gruppen har egen budget  
Kirurg saknas i arbetsutskottet  
Minnesanteckningar förs, men det är oklart hur traumagruppens arbete sprids

#### Allmänt:

Läkarna är som regel inte med vid debriefing  
Traumamanual har utarbetats  
Övergripande falldiskussioner efterlyses av flera aktörer  
Sjukhuschefen har en positiv inställning till traumaarbetet  
Kirurgen är ansvarig för patienten under det första dygnet

### C. Tips/rekommendationer från olika granskningar

Sprid traumagruppens arbete  
Intensifiera arbetet med aktuella PM, riktlinjer etc  
Säkra adekvata läkemedel i akutrummet  
Arbeta för kompetent »team leader«-funktion  
Tydliggör ansvar och samordning mellan traumaberörda kliniker

tade också i samråd med SSRTG ett granskningsschema och vidtalade de medarbetare som gruppen önskade träffa. Vidare förbereddes en traumaövning med skademärkor.

**Genomförande.** Granskningen genomfördes under två halvdagar (eftermiddag + förmiddag). Efter en initial genomgång av den lokala representanten delades SSRTGs medlemmar upp i två eller tre grupper, som sedan samtalade med representanter för de olika aktörerna (Fakta 1). Vidare granskades traumarummet/chockrummet/akutrummet och utrustningen där. Gruppen följde också patientens fysiska väg från ambulanshall via traumarummet till röntgenavdelningen, operationsavdelningen och intensivvårdsavdelningen. En förberedd traumaövning med skademärkor genomfördes. Dokumentation av intryck gjordes öppet under hela granskningen.

Det granskade sjukhusets SSRTG-representant fungerade som samordnare och svarade på granskarnas frågor, men han/hon hade ingen granskande roll. De övriga granskarna hade på förhand delat upp olika områden (utrustning, ansvar/ledningsförhållanden etc) mellan sig. Första dagens kväll samlades hela gruppen för genomgång. Dagens intryck gick igenom och vid behov justerades nästa dags program – allt för att genomgången skulle bli så fullständig som möjligt. Granskningen avslutades med en, inom gruppen, gemensam avstämning.

**Sammanställning/feedback.** Alla granskarna skrev under påföljande vecka ihop sin information och sina intryck. Därefter sammanställde gruppens ordförande intrycken och synpunkterna i olika kategorier (Fakta 2), där både positiv och negativ kritik framfördes. All information samlades i ett dokument som innefattade

- gruppens övergripande intryck (i punktform)
- sammanställning av erhållen information i olika kategorier
- tips och rekommendationer
- genomgång av traumaövning.

Dokumentet granskades och justerades av »inspektörerna«. Därefter fick det granskade sjukhusets representant korrigera eventuella faktafel eller oklarheter, men däremot inte ha synpunkter på de uppfattningar som gruppen redovisat. Det slutliga dokumentet överlämnades sedan till den lokala representanten, som spred det till sjukhusets traumaengagerade aktörer. Detta innebar oftast att dokumentet översändes till traumakommitténs medlemmar, intervjuade personer, klinikledningar, sjukhusledning och övriga intressenter.

Vi har nu sedan 2003 granskat sex sjukhus i regionen (Halmstad, Kristianstad, Karlskrona, Lund, Helsingborg, Växjö/Ljungby), och vi planerar att fortsätta granska två sjukhus per år.

## En styrka att bli granskad av specialintresserade kolleger

Det faktum att ett sjukhus ska granskas mottogs generellt sett positivt, men innebar samtidigt en anspänning. Förberedelserna inför en förestående granskning innebar i samtliga fall en klart ökad aktivitet avseende traumavård. Exempelvis genomfördes planerade förbättringar inom traumavård och PM uppdaterades. Granskningsdokumentet emotsågs med spänning, och dokumentet ledde till uppmärksamhet, diskussion och åtgärder på det granskade sjukhuset. Dokumentet fungerade i flera fall som ett påtryckningsmedel för att få möjlighet att genomföra önskade förbättringar. Exempel på effekter är förbättring eller nyanskaffning av utrustning, justering av traumaorganisationen, stärkande av kirurgens roll, publikation i sjukhustidningen eller att berättigad positiv bekräftelse på genomfört gott arbete kunde spridas.

Genom att diskutera med och intervjuva olika personalkategorier har vi skaffat oss en bred kunskap om traumaomhändertagandet på olika nivåer. Det var också möjligt att jämföra de rutiner som presenterades av sjukhus- och klinikledning med den verklighet som personalen upplevde och med den dokumentation av rutiner etc som presenterades.

Granskningarna genomfördes på relativt kort tid. Vi menar dock att det – med kännedom om den egna verksamhetens svagheter eller styrkor och med egen erfarenhet – var möjligt att relativt snabbt få en god uppfattning om det granskade sjukhusets traumavård. Det uppfattades som en styrka att bli granskad av kolleger med specialintresse för traumaverksamhet. Saklig kritik (positiv och negativ) från kända kolleger är ett stöd, inte ett hot!

Själva granskningen har givit även granskarna många nya intryck och många tips till förbättringar på det egna sjukhuset.

## Fortsatta förbättringar – regelbundna granskningar

Processen att genomföra sakkunnig kvalitetsbedömning (peer review) är under ständig förbättring. Vi är väl medvetna om att vi inte är professionella granskare, och våra intryck bör betraktas med ödmjukhet. Med ökande erfarenhet prövar vi nu möjligheten att objektivisera våra intryck och poängsätta olika moment i traumaomhändertagandet (jämför med SPUR-inspektion). Detta arbete har precis startat och kommer till viss del att testas, initialt för internt bruk, vid nästa granskning.

I våra planer ingår att regelbundet återkomma med granskningar av traumasjukvården, och med ett mera objektivt redovisningssystem bör det bli lättare att identifiera och följa upp förbättringar, såväl på det enskilda sjukhuset som i traumasjukvården i dess helhet.

SSRTG skaffar sig genom sitt granskningsarbete stor kunskap om södra sjukvårdsregionens traumasjukvård, och vi ser oss som ett nätverk för traumasjukvård i regionen. Det är vår förhoppning att vårt arbete kan användas som en resurs för utveckling av traumasjukvården både inom regionen och för det enskilda sjukhuset.

Vi har för avsikt att, efter genomförda granskningar av samtliga akutsjukhus i södra sjukvårdsregionen, återkomma med förnyad granskning för att utvärdera effekterna av granskningen och utvecklingen av traumaomhändertagandet i regionen.

Eftersom det idag inte finns referensmaterial med hårddata för granskning av denna typ har våra bedömningar baserats på analys av dels sjukhusets egna hårddata (antal patienter, antal IVA-vårdade, antal ATLS-utbildade etc), dels den information vi har fått vid inspektion och samtal med olika aktörer, dels de observationer vi gjort under granskningens gång.

Det är vår uppfattning att såväl bedömningarna som återföringen blivit mera koncisa efter ökande antal granskningar.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

**Kommentera** denna artikel på [www.lakartidningen.se](http://www.lakartidningen.se)

### REFERENSER

1. Skånsk livskraft – vård och hälsa. <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=81354>
2. Skånsk livskraft – vård och hälsa. Akutvårdslögen, p. 19-20. <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=81354>
3. Skånsk livskraft – vård och hälsa. Slutrapport högspecialiserad vård.
4. Bilaga 5 – vårdprocess stort trauma. p. 1-15. <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=81354>
5. American College of Surgeons. Trauma programs. Resources for optimal care of the injured patient: 1999. <http://www.facs.org/trauma/resourcesoptimal.html>