

## Transkribering Sahlgrenskapodden #34 Patric Antonsson

Patric Antonsson: "Det brukar ju vara ambulans som ringer in. Då kan det vara en skottskadad man, skjuten i bröstkorgen. I dag skjuter man ofta flera skott och man skjuter mer centralt."

### Intromusik

Anders Goliger: Hej och välkommen till Sahlgrenskapodden, där vi i dag ska prata om skottlossningar i Göteborg och hur det berör arbetet här på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Med mig i dag har jag Patric Antonsson som är sjuksköterska på akuten Sahlgrenska och regional traumakoordinator. Han har stor erfarenhet av att jobba med just skottskadade patienter. Jag som intervjuar heter Anders Goliger och är kommunikationsdirektör. Välkommen!"

A: Hur många skottskador hanterar Sahlgrenska Universitetssjukhuset ungefär på ett år?

P: Det är mellan 20-40, det har det varit de senaste åren.

A: Ökar det?

P: Det är ungefär lika som det varit. Men det som man ser ute i samhället är att i dag så skjuter man ofta flera skott och ofta mer centralt jämfört för tio år sedan. Då var det mer armar och ben som var skadade som någon form av markering men nu känns det som att man skjuter mer centralt på kroppen. Kanske för att försvara sig eller faktiskt hämnas och ta död på sin motståndare.

A: Ta mig igenom en kväll. Här kommer du en tisdagskväll, hur får du eller ni veta att det har skett en skottlossning?

P: Då brukar det var en ambulans som ringer in och talar om att något hänt. Man får en rapport från platsen, och det kan exempelvis vara en skottskadad man skjuten i bröstkorgen. Så får man vitala parametrar, puls och blodtryck och lite sånt. Så förbereder vi oss för att ta emot patienten. Sen får vi en beräknad tid när patienten ska komma, 20-10 minuter innan ungefär i bästa fall. Ju tidigare ju bättre så man hinner förbereda. Så slår man ut ett larm och så samlas traumateamet på traumarummet. Husjouren på kirurgen eller traumajouren kommer, undersökande kirurg, ortoped, anestesiläkare, sjuksköterskor från anesthesi, akuten och röntgen och undersköterskor. Så samlas man i traumarummet ihop med sekreterare också. Man gör en snabb rapport och väntar på att patienten ska komma.

A: Hur många är ni där i rummet då?

P: Det är ju minst tolv personer i ett traumateam, och så kan det vara någon bredvidgång också.

A: Och ni samlas på tio minuter?

P: Absolut.

A: Hur är din mentala förberedelse de här tio minutrarna?

P: Då tänker man utifrån rapporten man får från ambulansen, vad det är man ska förbereda, vilka resurser som kan tänkas gå åt. Om det är någon annan i sjukhuset som kan behöva veta om det, det kan vara Blodcentralen till exempel om det är någon som blöder mycket och behöver transfusion, eller om det är någon speciell skada så vi behöver kontakta någon speciell konsult. Man försöker tänka framåt och kommunicera ihop med teamet. Det är traumaledaren som man rapporterar till som är ytterst ansvarig som man rapporterar till.

A: Hur får alla veta de här vitalparametrarna som kommer in i telefonluren. De måste ju ut till alla tolv i rummet?

P: Vi skriver upp på en tavla det aktuella som kommer in. Sen kan man koppla upp också så man får livedata från ambulansen inne på rummet. De kan sända med sin övervakningsutrustning om de hunnit koppla upp patienten.

A: Hur är stämningen i rummet de här minutrarna?

P: Det är samlad stämning. Man snackar ihop sig så mycket man kan, och som sagt ju mer man kan förbereda desto bättre.

A: Sen kommer patienten in, hur ser det ut då?

P: Man kör ju ATLS-struktur såklart. Man börjar med ABCDE-sjukvård, alltså luftväg, andning och cirkulation för att stabilisera patienten. Ibland behöver det gå riktigt snabbt, exempelvis när man ska stoppa blödningar. Sen måste man se till att patienten har fri luftväg och får i sig syre. Det är det man lägger fokus på i början när patienten kommer. Planen är ju att så kort tid som möjligt ska man vara kvar på akuten. Man ska hinna igenom ABCDE-sjukvården och stabilisera och veta var man ska gå sen. Måste vi operera direkt på grund av en störtblödning någonstans, kan vi gå via röntgen så man kan se lite mer hur det ser ut, räcker det med att vi lägger patienten på IVA en stund för att stabilisera och sen gå vidare. Ju kortare tid egentligen innan man kan komma fram till var man ska gå sen, desto bättre.

A: Är patienterna vakna och har ont, det beror på kanske?

P: Såklart, det finns lika många fall som det finns patienter. Men om man är skottskadad centralt i kroppen så brukar det vara förenat med stora blödningar och att man inte är fullt vaken för att man förlorar så mycket blod. Då kan det vara aktuellt att ta kontroll över luftvägarna på patienten, söva och ge respiratorvård redan på akutrummet. Sen finns det självklart hela spannet. Är man skadad i ben och armar så behöver man inte den vården. Då behöver man koncentrera sig på att stoppa blödningar där.

A: Hur gör ni för att stoppa en stor blödning i bålen i det akuta skedet?

P: Först måste man identifiera att det är en blödning där. Det gör man inte i vårt traumarum utan patienten behöver snabbt komma till en operationssal där man kan öppna ordentligt och få kontroll på blödningen.

A: Ni har kirurger på plats men man öppnar inte upp i traumarummet?

P: Det finns, men bara på vital indikation. Om man urakut måste öppna bröstkorgen för att få kontroll på en patient som kraschar, om man inte gör det nu kommer patienten inte överleva i alla fall. Men det bästa är att göra det i en operationsmiljö där det finns bättre utrustning och resurser.

A: Vilka är det som kommer till er?

P: Nu det sista har det varit riktigt unga människor som kommer in. 15-16-åringar är inte ovanligt, under 18. Jag bor själv på Hisingen. Senast jag jobbade kom det två skottskador därifrån, som var födda precis som mina barn. Jag tänkte på vad mina barn gjorde då som satt hemma och kåkade godis och tittade på tecknad film. Så tänker man på de här killarna som kom in som får titta sig över axeln för de är rädda för sitt liv. Det är sån otrolig skillnad i vårt samhälle.

A: Hur mår du när ni har jobbat med en skottskada en kväll?

P: Jag har jobbat ganska länge och sett mycket. Så jag brukar sällan reagera på skadan i sig eller att det är blodigt eller så. Det är inte det man reagerar på utan jag tänker mer på hur vi jobbade i teamet. Vad flöt på, hur kan vi bli bättre nästa gång, det är saker jag tänker på. Och det är väl för att jag har min position, men det är ett vanligt sätt att tänka när man jobbar i ett traumateam, man kan inte lägga fokus på det som hänt för det rör vi inte över. Men det vi kan lägga fokus på är teamarbetet och hur vi ska jobba med de här patienterna.

A: Är det skillnad på stämningen i traumarummet om det är en skottlossning med en ung person, eller om det är en trafikolycka, eller är det trauma som trauma?

P: Generellt är det trauma som trauma. Men sen är det nog så att är det svåra skador, som i en trafikolycka eller vad som helst, då är det mer samlat och mer fokus. Är det unga människor och barn så är det ett extra stresspåslag för alla inblandade.

A: Har ni något slags debriefing efteråt?

P: Absolut. Akutens personal samlas ju naturligt och städar efteråt på rummet. Det är ett ypperligt bra tillfälle att gå igenom det som hänt och i de allra flesta fall är det tillräckligt.

A: Är du rädd? Det här handlar ju om dödligt våld, det kan ju komma in någon som är beväpnad.

P: Det kan man ju absolut känna, men jag brukar inte känna det direkt på akutrummet och nu talar jag för mig och de kollegor jag pratat med om detta. Vi har ju låsta dörrar, och särskilt nu under pandemitider. Vi får inte in obehöriga på akuten för då har vi väktare utanför. Sen brukar polisen ha någon patrull, ofta som kommer med samtidigt som ambulansen. Så det omedelbara hotet känner man inte på det sättet. Det omedelbara hotet känner inte jag, jag är mycket mer koncentrerad på jobbet runt patienten.

A: Du berättade att ni får regelbunden utbildning och jobbar internationellt också för att lära er mer om detta? Berätta?

P: Det är inte bara inriktat på skottskador utan det gäller traumasjukvården överlag. Är man bra på traumasjukvård kan man också ta hand om skottskador kan man säga. Våra traumakirurger till exempel randar sig i Sydafrika, och har en jourlinje som de ska kunna täcka upp där. Nu har arbetet stannat upp lite i och med pandemin såklart men det finns en plan för det. Sen har vi utbildningar och kurser och regelbunden teamträning. Då samlas man och tränar på patienter, då har vi en simulator från simulatorcentrum och så kör man teamträning på det.

A: Du har berört det lite, men hur tänker ni kring arbetsmiljöfrågan relaterat till skottlossningar?

P: Nu är det så att när vi har pandemin så är en fördel för oss att dörrarna är låsta. Arbetsmiljömässigt är det fantastiskt mycket bättre nu. Det som har varit problem innan är ju framför allt anhöriga, det blir mycket människor i rörelse på en akutmottagning. Det i sig ger oro och kanske onödiga konflikter. Att vi har mycket färre människor i omlopp är ett stort plus och när det är hotfullt är det ju absolut en trygghet att dörren är låst.

A: Tack Patric Antonsson för att du kom hit till Sahlgrenskapodden. Jag som har intervjuat heter Anders Goliger, och jag är nyfiken på vad du som har lyssnat tycker om podden. Hör gärna av dig till mig och berätta eller tipsa om gäster som vi borde bjuda in. Tack för att du lyssnat, vi hörs igen.