

SVAR PÅ KRITIK OM RIKTLINJER FÖR PREHOSPITAL VÅRD VID SKALLSKADA:

Riktlinjer finns – och de följs

Riktlinjer för prehospital vård vid skallskada både finns och följs, nu som tidigare, skriver medicinskt ledningsansvariga ambulansläkare.

■ I LT 17–18/2012 (sidorna 882–3) skriver Ann-Charlotte Falk och medarbetare att riktlinjerna för prehospital vård vid skallskada inte följs, och hävdar att riktlinjerna för Sveriges ambulansorganisationer inte följer de skandinaviska, som presenterades av Bellander m fl i LT 24–25/2008, sidorna 1834–8.

Vi håller inte med om detta. Riktlinjerna följs, nu som tidigare. Sveriges medicinskt ledningsansvariga ambulansläkare i samverkan

(SLAS) har under 2000-talet tagit fram gemensamma behandlingsriktlinjer för svensk ambulanssjukvård. I SLAS finns representanter för i stort sett alla Sveriges landsting och regioner.

Behandlingsriktlinjerna presenterades år 2005, och en ny version kom 2011 (<http://www.flisa.nu/web/page.aspx?refid=18>). De inkluderar nu områden som bedömning, mål och dokumentation, medan de gamla var mer specifikt inriktade på behandling. Inom de flesta ambulansorganisationer finns också lokalt anpassade riktlinjer som bygger på SLAS-dokumentation.

I Falks et als artikel framgår inte tydligt vilka riktlinjer de samlat in (inte heller varför de inte kontaktat de medicinskt ledningsansvariga i stället för administrativa chefer). Man har inte heller säkerställt att man fått in de riktlinjer som gäller för hela landsting, exempelvis Örebro läns landsting. Exempelvis är riktlinjer avseende luftväghantering vid medvetslöshet och generell vätsketerapi ofta separerade från den specifika riktlinjen »skallskada«. Sådana generella behandlings- eller handlägningsriktlinjer gäller för samtliga medicinska tillstånd, för att undvika omfattande upprepning av generella principer. Detta vet



Foto: Holger Elgaard

Gemensamma riktlinjer finns.

ambulanspersonalen, som har kunskap om hela riktlinjesamlingen.

Att endast gå igenom riktlinjer för skallskada räcker inte för att få en sann bild. Generellt finns riktlinjer som anger att alla patienter i ambulanssjukvården ska ges syrgas så att saturationen överstiger 90 procent (från och med 2011 är målvärdet SpO₂ 92–96 procent, med undantag för KOL-patienter). Detta motsäger påståendet att endast 42 procent av ambulansorganisationerna har

en sådan riktlinje. Vidare har man bedömt tre delmoment (monitorering, observation och dokumentation), där varje del kan ge 3 poäng. Enligt vilka kriterier de olika momenten graderats framkommer inte, inte heller vilka delmoment som fått poäng, vilket gör resultatet svårbedömt. Vi väljer därför att kommentera endast de faktiska påståenden som framkommer.

Riktlinjer avseende vätsketerapi och blodtryck saknas.
Fel: Både lokalt och i SLAS riktlinjer från 2005 anges att vätska ska ges så att ett systoliskt blodtryck på 90–100 mm Hg uppnås vid skallskada. I flera lokala riktlinjer används bolustillförsel av vätska och därefter utvärdering om målblodtryck har uppnåtts.

Riktlinjer avseende ventilation saknas.

Fel: I behandlingsriktlinjerna står att normoventilation ska eftersträvas. I Bellanders artikel [1] omnämns bara EtCO₂ i samband med intubation, som endast ska utföras av personal som gör detta regelbundet, det vill säga narkosläkare. Ambulanssjuksköterskor saknar i dag i de flesta fall intubationskompetens, istället har larynx-

mask införts i ett flertal organisationer. Särskilda riktlinjer avseende användningen av larynxmask finns, men det är oklart om dessa är medräknade i artikeln.

Riktlinjer för att utvärdera och dokumentera medvetandegrad saknas.

Fel: Medvetandegrad ska bedömas och dokumenteras på alla patienter som vårdas i ambulans enligt de generella riktlinjer som finns i ambulansorganisationerna. Det är en av våra obligata vitalparametrar. I Sverige används oftast RLS-85 för bedömning av medvetandegrad, men flera använder även Glasgow Coma Scale (GCS) i trauma-sammanhang.

Riktlinjer saknas för hur ofta exempelvis medvetande och saturation samt övriga vitalparametrar ska dokumenteras.

Fel: Oftast finns detta reglerat i en särskild lokal riktlinje avseende dokumentation. Regeln är att detta ska dokumenteras minst var 5:e minut på svårt sjuka patienter, vilket inkluderar skallskadade.

Vi hävdar att slutsatsen och i synnerhet rubriken till artikeln av Falk och medarbete-

re är felaktig och bygger på otillräcklig inhämtning av fakta.

Sveriges medicinskt ledningsansvariga ambulansläkare i samverkan (SLAS) genom:

Kristian Thörn

ambulansöverläkare,
Universitetssjukhuset, Örebro

Thomas Blomberg

ambulansöverläkare,
Landstinget Västernorrland

Annika Åström Victorén

ambulansöverläkare,
landstinget i Jönköpings län

Johan Silfverstolpe

ambulansöverläkare,
Region Skåne

Per Örnunge

ambulansöverläkare,
Västra Götalandsregionen

Nils-Gunnar Levein

ambulansöverläkare,
Landstinget Gävleborg

Stig Lindberg

ambulansöverläkare,
Landstinget Sörmland

Jonas Högberg

ambulansöverläkare,
Region Halland

Hans Blomberg

ambulansöverläkare,
landstinget i Uppsala län

Björn Ahlstedt

ambulansöverläkare,
Landstinget Västmanland

Bengt Eriksson

ambulansöverläkare,
Landstinget Dalarna

Mer debatt på Lakartidningen.se

Replik II från MSD:

Vi ansöker om att få dra tillbaka avregistrering av Trilafon dekanot

»... vi har goda förhoppningar om att kunna hitta en långsiktig lösning även om det är för tidigt att göra några utfästelser.«

Ulf Janzon

Läsarkommentarer

Kommenterad artikel:

Abdominell kompression av aorta effektiv vid svår postpartumblödning

(LT 34–35/2012, sidorna 1478–80)

»Aortakompression utförde jag som med kand i samband med vår första dötters födelse 1967. Min hustru blödde kraftigt efter förlossningen och barnmorskorna kom och tryckte ut mer och mer blod från uterus-vagina tills jag sa stopp och bad att ansvarig doktor skulle tillkallas samtidigt som jag intuitivt startade en aortakompression. --- Behandlingen kan varmt rekommenderas och vi har nu 4 barn och 11 barnbarn och har precis firat guldbröllop!«

Staffan Sandström



Colourbox

Kommenterad artikel:

Långvarigt stillasittande är en metabol riskfaktor

(LT 34–35/2012, sidorna 1467–70)

»Tack för ytterligare en pusselbit till vår tids stora utmaning, det metabola syndromet och alla dess konsekvenser i form av följsjukdomar. Förutom alla andra energisparande och energikonsumerande faktorer kan en lågintensiv vardaglig aktivitet med påtaglig effekt rekommenderas alla, även den mest fysiskt handikappade!«

Agneta Schnittger

REPLIK:

Riktlinjer bör komma patienten till gagn

■ Det är oerhört glädjande att SLAS tagit del av vår artikel som syftar till att beskriva hur nationella riktlinjer återspeglas i de regionala riktlinjerna. Det är även mycket glädjande att riktlinjer gällande prehospitalt omhändertagande av patienter med svåra skallskador uppdaterats och eventuellt anpassats till de faktiska förutsättningarna som de lokala aktörerna inom ambulanssjukvården besitter.

Däremot kvarstår det faktum att det faktiska omhändertagandet av den svårt skallskadade patienten inte

alltid stämmer överens med nationella riktlinjer.

Vad gäller våra specifika frågeställningar så beskrevs det i metoddelen hur alla delar i varje regional riktlinje gällande exempelvis vätsketerapi, cirkulation, ventilation, medvetandegrad, frekvens av observationer samt dokumentation skulle vara uppfyllda för att få maxpoäng.

Vi ser gärna att dessa nya

riktlinjer anpassas till de lokala/regionala organisationerna och kommer till gagn för patienten så att varje en-

skild individ får det optimala omhändertagande som situationen kräver. Vi ser också fram emot att riktlinjer som införs kontinuerligt utvärderas i det sammanhang där de förmodas användas så att den enskilda ambulanssjuksköterskan/sjukvårdaren får det stöd i sin beslutsprocess som han/hon behöver i en akut situation.

Ann-Charlotte Falk

med dr, institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Karolinska institutet, Huddinge
ann-charlotte.falk@ki.se