

ATLS – tragedi vändes till internationell framgång

GENOMSLAGET FÖR DETTA TRAUMAVÅRDSKONCEPT FÖRBLUFFANDE STORT, TROTS ATT MYCKET TALADE EMOT

I februari 1976 kraschlandade ett litet privatflygplan på ett majs-fält i Nebraska i USA. Ombord fanns två föräldrar och fyra barn. Hustrun omkom direkt och tre av barnen skadades svårt, medan det fjärde barnet och pappan ådrog sig relativt lindriga skador. Efter en kall natt utomhus lyckades man tillkalla hjälp, och familjen fördes till ett litet närliggande sjukhus. Omhändertagandet där var inte bra, men efter förflyttning till ett annat sjukhus tillfrisknade till slut de överlevande.

Det som skiljer ut olyckan var att pappan, tillika piloten, var den traumaintresserade ortoped James K Styner. Styner beskrev hur han upplevde sig kunna gesina anhöriga bättre vård bland vrakresterna ute i fält än vad som mötte dem i första linjens sjukvård. Det initialt undermåliga omhändertagandet sporrade honom att tillsammans med kollegor utveckla ett i dag världskänt koncept, nämligen ATLS (advanced trauma life support) [1].

Efter några års utveckling fanns 1980 en färdig idé. Nu använder över 60 länder ATLS; inget land som infört konceptet har lämnat det.

ATLS togs till Sverige 1996 och har även här kommit att totalt förändra omhändertagandet av patienter med trauma. På papperet skulle det dock inte alls ha fungerat, i varje fall inte med dagens syn på hur nya arbetssätt bör införas storskaligt. När ATLS togs hit var i princip inget av de rekvisit



Pelle Gustafson, docent, chefläkare, Patientförsäkringen LÖF; medicinsk redaktör, Läkartidningen, Stockholm
● pelle.gustafson@lof.se

som i dag anses nödvändiga för en framgångsrik introduktion uppfyllda. Konceptet kom obearbetat från USA, det fanns ingen forskning som visade att det var bättre än existerande arbetssätt och möjligheten till lokal anpassning var obefintlig. Därtill infördes det vid sidan av existerande ledningssystem, det kos-

tade relativt mycket pengar att gå utbildningen, och kurserna avslutades med en skrivning och ett praktiskt prov som bägge skulle klaras av för godkänd kurs.

Det mest uppseendeväckande var dock att konceptet ställde flera djupt rotade medicinska uppfattningar på huvudet. I all traditionell medicinsk utbildning inleds patientmötet med anamnes, sedan utreds och först därefter behandlas den sjuke. ATLS bygger på att det största hotet mot livet åtgärdas först, att symtom identifieras och behandlas i princip samtidigt och att insatta åtgärder utvärderas fortlöpande.

Kurser med motsvarande innehåll finns sedan länge för prehospital personal och för sjuksköterskor på akutmottagningar. I dag övar även primärvården akut omhändertagande enligt konceptet [2].

Nyligen firades att det var 20 år sedan ATLS infördes i Sverige; genomslaget måste beskrivas som förbluffande stort.

Den enligt min mening lyckosamma utvecklingen förtjänar några kommentarer. Först bör sägas att införande och utvärdering ibland kan, och måste, ske parallellt och inte nödvändigtvis sekventiellt. I dag finns vetenskapliga bevis för att ATLS ökar kunskap och praktiska färdigheter vid omhändertagande av patienter med trauma, och likaså för att konceptet ger bättre beslut och bättre handläggning.

Likafullt saknas fortfarande helt entydiga belägg för att ATLS-utbildning resulterar i ökad överlevnad och minskad morbiditet [3, 4]. Den sannolika förklaringen är att överlevnad efter trauma beror på flera olika faktorer och att frånvaron av bevis på effekt inte alltid är detsamma som bevis på frånvaro av effekt. Troligtvis kom-

»Införandet och spridningen av ATLS förtjänar närmare studier. Handsken är härmed kastad.«

mer effekten av ATLS aldrig att kunna studeras med t ex randomiserade prospektiva studier, utan okonventionell metodik kommer alltid att krävas.

Det andra som bör kommenteras är hur snabbt ATLS anammades och spreds, trots allt som talade emot. Mest sannolikt är det en konsekvens av att konceptet ändå uppfattades vara »bra«: det motsvarade ett behov av att kunna få hjälp i, och klara av, en professionellt stressande situation.

Lärdomen är kanske att lyssna till berörda professioner. Om något behövs och uppfattas vara »bra«, kommer det att användas och utvecklas, oavsett objektiva faktorer som talar emot. Ibland finns andra förklaringar och drivkrafter till införande, spridning och användning än det som enkelt kan mätas och utvärderas.

Men – det finns av det skälet ingen anledning att sitta nöjd. Införandet och spridningen av ATLS förtjänar närmare studier. Handsken är härmed kastad. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Pelle Gustafson har varit instruktör och kursledare för ATLS.

Citera som: Läkartidningen. 2016;113:D4R9

HUVUDBUDSKAP

- ATLS, som är ett strukturerat sätt att omhänderta och behandla patienter med trauma, har funnits i Sverige i 20 år och har kommit att helt förändra arbetssätten i traumarummet.
- Trots att flera faktorer talade emot ett lyckosamt införande, har detta skett.
- Troligen finns mycket att lära av hur konceptet infördes och spreds, men en djupare analys har aldrig genomförts.

REFERENSER

1. Advanced trauma life support for doctors. ATLS Student course manual. 8th ed. Chicago, IL: American College of Surgeons (ACS) Committee on Trauma; 2008.
2. Lövrup M. Vårdcentral i Varberg tränar för akuta lägen. Läkartidningen. 2016;113:DY9T.
3. Abu-Zidan FM. Advanced trauma life support training: how useful is it? World J Crit Care Med. 2016; 5(1):12-6.
4. Mohammad A, Branicki F, Abu-Zidan FM. Educational and clinical impact of Advanced Trauma Life Support (ATLS) courses: a systematic review. World J Surg. 2014;38(2):322-9.