

DE MÅNGA KONTAKTYTORNAS KONST

SERIE Trauma

Allmänläkaren har en viktig roll inom traumatologin, både i storstad och i glesbygd. Såväl vid akuta fall som vid rehabilitering kan allmänläkarens insatser ha avgörande betydelse. Denne är därmed en given samarbetspartner för sjukhuskollegerna i strävandena efter en fungerande vårdkedja.

Allmänläkarens engagemang för traumapatienter ökar med avståndet till storstaden. På landsbygden har allmänläkaren ofta den första kontakten med alla typer av traumatologi – här ställs stora krav på ett gott primärt omhändertagande av alla typer av skador.

Naturligt nog är traumatologin mindre dramatisk på storstädernas primärvårdsmottagningar, men den är ändå ett dagligt inslag i var allmänläkarens mottagning. Småår, kontusioner och ryggskott passerar revy i snabbt tempo. Även de mer alldagliga formerna av traumatologi ställer stora krav på integrerad kunskap i både akut- och rehabiliteringsmedicin, psykologi och försäkringskassjuridik. Förutom med sjukhusdoktorer och sjukgymnaster måste vi ha ett fungerande samarbete med företagshälsovård och försäkringskassa.

Vid en del akutmottagningar på sjukhusen använder man allmänläkare som »grindvakt». En bra modell enligt min mening, eftersom allmänläkaren då kan ta hand om »sina fall» på rätt vårdnivå, och därmed skapa ett större utrymme för sekundärvården att sköta de mer avancerade uppgifterna. Möten gällande akutpatienter är dessutom ett utmärkt sätt för kunskapsöverföring åt bägge håll – mellan primärvård och sjukhuskolleger.

På ganska många håll i landet är allmänläkaren dock helt ensam i frontlin-

jen. Det gäller förstås i Norrlands inland men också på akutmottagningarna i annan glesbygd, t ex Tierp, Vimmerby och Östhammar med flera ställen. Här är kunskaperna inom områden som lilla kirurgin, frakturläran, commotio-bedomningar m m omistliga. För att få en god vårdkedja är därför ett gott samarbete mellan allmän-, barn-, hand-, ortoped- och neurokirurger mycket viktigt, både i patientarbetet, i vidareutbildningsaktiviteter och i fråga om vårdprogram.

Glesbygdens akutmottagningar

Jag vill slå ett slag för välutrustade akutmottagningar i glesbygden. Det finns ett stort behov av geografisk närhet till medicinsk kompetens i glesbygd, det är också en rättvisefråga. Tillgång till hjälp även vid internmedicinska och pediatrika akuta tillstånd ska vara en självklar service för alla. Att behöva resa ytterligare 10 mil med lungödem eller pseudokrupp är inte rimligt.

Till akutmottagningarna i glesbygd kommer många patienter med mjukdelskontusioner och misstänkta skelettskador. Tillgång till röntgenutrustning med möjlighet till direktuppkoppling till röntgenolog eller ortoped kan innebära stora effektivitetsvinster. Både enklare och mer komplicerade frakturer kan därmed både diagnostiseras och behandlas på plats.

Samarbete mellan allmänläkare, röntgenolog och ortoped/barnkirurg är mycket värdefullt. Ibland glömmes sjukhuskollegerna bort att efterkontrollen av de långväga patienter som ändå når dem kan remitteras till vårdcentraler med röntgenutrustning.

Östhammars akutmottagning bemannas av allmänläkare dygnet runt och ligger 75 km från närmsta sjukhus-specialist. Under 1995 utfördes där 1 577 akuta röntgenundersökningar, varav 132 var handleder, 79 höfter och 168 fotleder. Så gott som alla handledsfrakturer, vissa fotledsfrakturer utan felställning samt en del andra skelettskador åtgärdades på vårdcentralen. Till detta tillkommer efterkontroller. Alla patienter med frakturfria höfter slapp den besvärliga och dyra ambulansresan till storstaden. En sådan trans-

port innebär dessutom en sänkt beredskap för räddningstjänsten, eftersom en bil mindre (kanske den enda!) då är tillgänglig för nya akutsituationer.

Multitraumasjukvård

Multitraumapatienten ska naturligtvis om möjligt lyftas direkt med narkosläkarbemannad helikopter till ett traumacentrum – men det är av olika skäl långt ifrån alltid möjligt. Det finns inte alltid helikopter tillgänglig, det går inte alltid att flyga, det går inte ens alltid att köra ambulans fort och långt. Ambulanserna kanske inte heller räcker till, eller så hindrar vädret. Det är glesbygdens villkor. Detta innebär att allmänläkaren på plats måste vara beredd på att någon gång ta hand om en eller flera svårt skadade vars tillstånd kräver ett hantverk som han/hon inte behärskar fullt ut och aldrig kan få någon rutin på. Det skapar givetvis stor frustration!

Det är därför mycket tacksamt att de kurser i »Advanced trauma life support», ATLS, för multitraumapatienter som Svensk Kkirurgisk förening m fl nu håller på att starta runt om i landet även har allmänläkare i glesbygd som målgrupp.

Krigs- och katastrofberedskap

Som en naturlig del i vårdkedjan måste också allmänläkaren tränas i arbete i katastrofsituationer. I fred måste många av oss vara utbildade i rutiner på skadeplats/upsamlingsplats och ha personal från brandförsvaret, polis, larmcentral och sjukhus som samarbetspartner. Endast regelbundna samövningar och planeringsmöten kan ge detta. I en krigssituation är det dessutom tänkt att alla allmänläkare ska kunna detta jobb, samt stötta försvarsmaktens icke-militära och huvudsakligen undersköterskebemannade sjukvårdsenheter.

Till traumatologin kan även de akuta ryggskotten räknas. Dessa tillhör allmänläkarens vardag. Vi har inte så mycket mer än kort vila och analgetika före snar mobilisering att föreslå, men denna tunna arsenal delar vi med sjukhus-specialisten. I rehabiliteringsfasen sköter allmänläkarna dessa patienter i kanske ännu större utsträckning.

Handläggningen beträffande rygg-

Författare

LARS AGRÉUS

med dr, husläkare, Vårdcentralen, Öregrund.

patienter är ofta svår. Både allmänläkarna och ortopederna vet att en remiss till specialist ofta är onödig initialt, liksom remiss till röntgen. Det vet inte alltid den arme patienten, varför ibland en viss misslythet kan uppstå gentemot »grindvakten» allmänläkaren.

Vi måste också ha klart för oss att nästan alla patienter med ryggskott förr eller senare besöker »kotknackare», och tyvärr är patienten ofta mer nöjd med dessa än med doktorn. Detta tyder på brister i våra kunskaper och rutiner. Från vår horisont finns här behov av mer forskning och överbyggande kunskap. Ortopedkirurger och de få ortopedmedicinare som finns inom skolmedicinen talar dessutom ofta inte samma språk. För allmänläkare och sjukgymnaster kan det därför vara svårt att kryssa mellan de ibland oförenliga paradigmen.

De posttraumatiska ryggpatienterna kräver som regel en stor och koordinerad rehabiliteringsinsats. Allmänläkarens roll är här central. Behovet av vår integrerade somatiska, psykosomatiska och psykiatriska kunskap och erfarenhet kan inte överskattas. Ofta känner vi i lokalsamhället till om patienten brottas med annan problematik än den rent somatiska, dvs vi vet ofta om »skon klämmer» någon annanstans.

I rehabiliteringsteamet ingår förutom allmänläkaren sjukgymnaster, arbetsterapeuter, försäkringskassa, socialsekreterare och arbetsförmedling. Även ortoped, rehabiliteringskolleger och psykiater och andra ingår vid behov.

Rättsmedicin

Ett annat område av traumatologin som allmänläkare måste behärska, oavsett verksamhetsort, är det i och för sig glest uppdykande men mycket viktiga rättsmedicinska området. Att kunna skriva en journal så att det duger som underlag för ett rättsintyg i efterhand är en grannlaga uppgift.

En annan uppgift som kräver såväl takt som driftighet är att våga stanna upp och aktivt granska barnolycksfall som väcker misstanke om misshandel. Sådana ärenden kan påträffas på både barnvårdscentral och jourmottagning. Ett aktivt agerande kan vara livsviktigt för barnet men är ångestskapande för doktorn. Misstankarna kan vara så vaga att man kanske tvekar att nysta vidare.

Sammanfattning

Alla allmänläkare har således en betydelsefull roll inom traumatologin: mer eller mindre i akuta situationer, ofta helt central i rehabiliteringssituationen. Där vårdkedjorna fungerar optimalt gör det oss till en given partner för sjukhuskollegerna – och en viktig målgrupp för traumautbildning på olika nivåer. •

KORTKLIPP



Öronlobsfåra gav sämre prognos hos kranskärlsjuka

Förekomst av öronlobsfåra anses vara en stark prediktor för kranskärlsjukdom (se Läkartidningen 1994; 91: 2959-62). En ny studie av 264 koronarsjuka patienter som genomgått kranskärlsutredning vid en universitetsklinik i USA visar att öronlobsfåra också är en oberoende prediktor för kardiella händelser (hjärtinfarkt, revaskulariseringsoperation) och hjärtdöd. Kohorten följdes i upp till tio år.

Prognosen var klart sämre för de patienter som hade öronlobsfåra, ett fynd som gav mer information om prognosen än andra kända riskfaktorer som nedsatt vänsterkammerfunktion, ålder, kön, diabetes mellitus, hypertoni, övervikt, S-kolesterol > 6,46 mmol/l, hereditet och tobakskonsumtion.

Uppläggningsstudien är ur epidemiologisk synvinkel intressant, och man har på ett elegant sätt kontrollerat för »confounders».

Författarna föreslår att förekomst av öronlobsfåra hos asymtomatiska individer manar till modifiering (primärprevention) av andra riskfaktorer som rökning, övervikt, hyperlipidemi och motionsbrist, i än högre grad än hos dem som saknar öronlobsfåra.

Am J Med 1996; 100: 205-11, refererad av Pontus Götell, Nyköping.

Inte motiverat att operera vid måttlig carotis-stenos

Endarterektomi är inte indicerad för de flesta, kanske alla, patienter som har symtomgivande men måttlig carotisstenos, definierad som 30–69 procents stenosering av carotis interna. Det hävdar forskarna i European Carotid Surgery Trial i en ny interimrapport efter att ha följt upp nära 1 600 patienter.

Tidigare har de rapporterat att operation är motiverad för patienter med svår stenos, men skadlig för dem som har lindrig stenos, dvs risken med operation är där större än vinsten.

Lancet 1996; 347: 1235-43.

Mammografi varje år för kvinnor 40–49 år?

Eftersom många av de cancertumörer man vid screening med mammografi finner bland kvinnor mellan 40 och 49 år tycks vara snabbväxande borde det vara bättre att screena dem varje i stället för vartannat år, även om det senare är mer kostnadseffektivt, resonerar en

amerikansk röntgenläkare i en ledarkommentar till två artiklar om screening av mer än 28 000 kvinnor över 30 års ålder.

Sensitiviteten var signifikant lägre för kvinnor under än över 50 år. Särskilt låg var den bland yngre kvinnor med bröstcancer i släkten, vilket tyder på att deras tumörer var snabbväxande.

JAMA 1996; 276: 33-43, 73-4.

Vad händer på lång sikt efter djup ventrombos?

Behandlas många patienter med antikoagulantia under alltför kort tid efter djup ventrombos? Den frågan tycker en grupp forskare att man borde pröva i en större studie sedan de vid uppföljning av 355 patienter under åtta år funnit att 30 procent drabbats av en ny djup ventrombos.

De som hade cancer eller koagulationsdefekter drabbades oftast av en ny trombos, medan de som fått trombos efter operation eller trauma sällan fick ny trombos.

Ann Intern Med 1996; 125: 1-7.

Hög dödlighet av streptokinas vid ischemiskt slagfall

De slutliga resultaten av försök med streptokinas vid akut ischemiskt slagfall inom MAST-E-studien bekräftar att en timmes behandling med streptokinas resulterade i högre dödlighet än placebo. Efter sex månaders uppföljning hade 79 av de 156 som fått streptokinas dött mot 59 av de 154 i placebogruppen. Studien avbröts i förtid sedan det visat sig att signifikant fler i streptokinasgruppen än i placebogruppen dött redan efter tio dagar (34 respektive 18 procent). Majoriteten av patienterna i båda grupperna fick samtidigt heparin.

N Engl J Med 1996; 335: 145-50.

Stora variationer i råd om behandling av hypertoni

Tillämpning av riktlinjer för hypertoni-behandling från WHO samt fyra länder på 876 läkemedelsbehandlade hypertoniker visar att andelen som ansågs ha kontrollerad hypertension enligt de olika dokumenten varierade från 17,5 till 84,6 procent. Endast 31 procent klassificerades lika i alla fem råden, som forskarna bakom studien anser tar för liten hänsyn till absolut nytta och risk med behandlingen.

BMJ 1996; 313: 64-5, 95-6.