

steppdansnummer till åskådarnas (och sin egen?) uppbyggelse.

Vid ett annat minnesvärt tillfälle bar patienten en dunjacka, som rutinmässigt klipptes upp, vilket omedelbart resulterade i totalt »snökaos» på rummet när jackans innehåll virvlade upp och gjorde fortsatt videoupptagning omöjlig. (Hur omhändertagandet för övrigt gick förtalte inte historien.)

Glesbygd

Eileen Whalen är också sjuksköterska och traumakoordinator, och har specialiserat sig på att organisera traumahändertagandet i glesbygd. Hon inledde med en kort beskrivning av hur en del amerikanska traumaprogram hanterar: »... alltför många personer flögs alltför långa sträckor med helikopter och fick sina märkesjeans sönderklippa i traumarummet. Så småningom kunde man konstatera att patienterna inte var allvarligt skadade, varpå de sattes i en taxi för den långa hemresan. Systemet helt enkelt imploderade.»

Vissa delar av USA är glesbygd, som väl kan mäta sig med Norrlands inland. Hela staten Nevada t ex har 780 000 invånare. Sjukhusen är små (18 bäddar) och ligger glest (30–50 mils avstånd). Mycket av samhällets räddningsinsatser genomförs av frivilliga eller i sammanhanget relativt lågutbildad personal, och det finns inte resurser för snabbt täckande, dyra helikopterorganisationer. (Kombinerat med att det allmänna säkerhetstänkandet i samhället ligger på en betydligt lägre nivå än i Skandinavien, och att skjutvapen är en självklar var mans egendom, så finns stora förutsättningar för svåra trauman.)

Mot denna bakgrund har man klassificerat resurser för traumaomhändertagande i fem nivåer, där UCSD Medical Center är ett exempel på nivå I. Nivå V kan snarast beskrivas som en svensk vårdcentral men med en speciellt vidareutbildad sjuksköterska, »practicing nurse», som högsta ansvarig.

På alla dessa nivåer har standarder för traumaomhändertagande införts. Eileen Whalen räknar med att det tar tre år att skapa ett traumaprogram för ett amerikanskt glesbygdsområde. Man börjar med en problem- och resursinventering, varpå följer skapandet av själva programmet, som sedan skall implementeras.

När programmet tas fram läggs stor vikt vid att så många berörda som möjligt är med och påverkar, vilket givetvis är tungarbetat. Styrkan i det är dock att resultaten blir konsensusbeslut, som inblandade parter sedan förbinder sig att följa.

Eftersom resurserna är knappa präglas traumaprogrammen av en god portion okonventionellt tänkande och

mycken idealism. Man är stolt över det man har och vill göra det så bra som möjligt. Ett exempel: två läkare som kom ifråga för traumaomhändertagande på en liten ort var äkta makar med fyra barn. Alltså ingår en barnvakt i larmplanen för traumafall.

Ett annat exempel är att ATLS-kursen från början var avsedd enbart för läkare. Efter inte så lite arbete lyckades man dock få the American College of Surgeons att inse att på en del platser är sjuksköterskor de enda resurser som finns. Därför står ATLS-kursen idag öppen för dessa »practicing nurses».

När ortens traumapersonal är bortrest (kanske på traumakurs), så att det normala omhändertagandet inte fungerar, finns det inlagt i larmplanerna att patienten förs direkt till annan vårdinrättning, även om det alltså kan innebära en mycket lång resa.

Svensk traumaförening för sjuksköterskor

Symposiet var också startskottet för en svensk traumaförening för sjuksköterskor. Inte så få svenska läkare med akutinriktning torde ha hyst viss oro under det senaste decenniet, eftersom sjuksköterskornas grundutbildning i allt mindre grad kommit att ägnas åt akutsjukvård och traumatologi. Det är därför mycket glädjande att sköterskorna, med Kerstin Sluys, Akademiska sjukhuset, i spetsen, själva skapar ett forum för utveckling av sin roll inom traumatologi. •

Pneumokocker i blod

Uppgifter från Norge att incidensen av pneumokocker i blododlingar har ökat under 90-talet har fått oss att närmare analysera svenska data.

Sedan 1988 rapporterar de flesta laboratorier i Sverige fynd av pneumokocker i likvor eller blod till Smittskyddsinstitutet i den sk frivilliga laboratorierapporten. Genomgång av dessa rapporter visar nu att antalet positiva fynd från likvor legat mycket konstant kring 65 per år från 1988 till 1995. Den rapporterade incidensen av pneumokocker i blododlingar har dock ökat dramatiskt under dessa åtta år:

1988 262; 1989 367; 1990 449; 1991 643; 1992 873; 1993 812; 1994 945; 1995 1 155.

Ökningen är tydlig i alla åldersgrupper utom bland barn under 15 år, och är ungefär av samma storleksordning (ca 4 gånger) bland unga vuxna som bland mycket gamla.

Frånvaron av en uppgång bland de allra yngsta är lugnande. I Finland har man spekulerat att den nisch som förut upptogs av H influenzae typ b skulle fyllas av pneumokocker nu när vi ger Hib-vaccin. Något tecken till detta syns inte alls i våra data, och i Norge tycker man sig tvärtom se en minskning även av invasiva pneumokockinfektioner hos barn som fått Hib-vaccin.

Orsaken till denna epidemi av pneumokock-bakteriemier i Sverige är helt oklar. Att siffrorna bara skulle spegla vidgade indikationer för blododling och/eller förbättrad odlingsteknik förefaller osannolikt.

SMI öppnar hemsida

Från den 1 oktober öppnar smittskyddsinstitutet en hemsida på World Wide Web. Den är fortfarande experimentell och kommer att kräva ett visst tålamod av läsaren ett tag framåt (t ex blandar vi svenska och engelska ganska fritt).

Adressen är <<http://130.237.97.98/smi-page/index.html>>. Under knappen »Epidemiology» kommer initialt att finnas adresser till oss på epidemiologen, tidningen »Smittnytt» i Adobe Acrobat-version, grundläggande vaccinationsråd med aktuella uppgifter om internationella utbrott, m m.

*Epidemiologiska enheten,
Smittskyddsinstitutet*