

Dødsfall etter ulykker kan forhindres

Traumedødsfall som skyldes suboptimal behandling, opptrer i mønstre. Det viser en amerikansk studie.

I en analyse av over 44 000 traumepasienter, hvorav ca. 2 600 (5,8 %) døde, hadde 64 definerte feil i behandlingen som bidro til pasientens død (1). Viktigste feilmønstre var mangelfull sikring av luftvei (16 %), forsinket intervensjon ved blødning i buk og bekken (16 %) eller thorax (9 %) samt mangelfull trombose- eller antibiotikaprofylakse (9 %). Lang operasjonstid på ustabile pasienter, der skadekontrollerende kirurgi skulle vært prioritert, bidro til død hos 8 %, mens 5 % ble ansett å være overresuscitert med væsker. En tredel av feilene ble gjort i akuttmottaket, og en tilsvarende andel i intensivavdelingen. Forfatterne konkluderer med at unødvendige dødsfall vil skje i moderne traumesentre, men at disse oppstår i mønstre hvor målrettet forbedring er mulig.

– Studien bekrefter at god traumeorganisering reduserer antall unødvendige dødsfall, sier seksjonsoverlege Christine Gaarder ved Seksjon for multitraumatologi, Ullevål universitetssykehus.

– Skadebehandling er preget av stress og tidsnød, hvor medisinske feil forekommer, også ved norske sykehus. En stor andel av feilene begås i akuttfasen, med forsinket stansing av blødning som vanligste feil. Behovet for opplæring, standardiserte prosedyrer, kontinuitet og tverrfaglighet i traumebehandlingen er tydelig.

Egen erfaring fra Ullevål universitetssykehus viser at det er mulig å identifisere problemområder. Utfordringene er universelle, og nødvendig kvalitetssikring er en ressurskrevende prosess. Systematisering av traumebehandlingen er viktig både på institusjonsnivå og nasjonalt. En rapport med forslag til nasjonalt traumesystem for Norge skal nå ferdigstilles, og vi håper anbefalingene fører til bedre traumebehandling i Norge, sier Gaarder.

Kjetil Søreide
ksoreide@mac.com
Tidsskriftet

Litteratur

1. Gruen RL, Jurkovich GJ, McIntyre LK et al. Patterns of errors contributing to trauma mortality: lessons learned from 2,594 deaths. *Ann Surg* 2006; 244: 371–80.

Nytter oppfølging etter selvmordsforsøk?

Økt psykososial intervensjon etter selvmordsforsøk reduserer ikke risikoen for selvmord, viser en metaanalyse. Funnet bør ikke tillegges for mye vekt, mener norsk forsker.

Selvordsforsøk er en sterk risikofaktor for selvmord. Mennesker som har forsøkt å ta sitt eget liv, må derfor følges opp særlig nøye. Nå har britiske forskere undersøkt effekten av økt psykososial intervensjon etter selvmordsforsøk (1).

Forskere identifiserte 18 randomiserte kontrollerte studier med ca. 3 900 personer. Henholdsvis 18 og 19 selvmord ble registrert i gruppene som fikk henholdsvis aktiv og standard behandling, og forfatterne konkluderer med at økt psykososial intervensjon etter selvmordsforsøk ikke har dokumentert effekt.

– Det er stort behov for å studere effekten av intervensjon etter selvmordsforsøk, sier overlege i psykiatri Øivind Ekeberg ved Akuttmedisinsk avdeling, Ullevål universitetssykehus.

– Metaanalyser er krevende. Studiene som slås sammen, må være homogene med hensyn til populasjon og tiltak. Blant selvmordsforsøkere er det flere undergrupper med spesifikke behov.

I denne metaanalysen blandes blant annet en studie av kvinnelige selvmordsforsøkere med ustabil personlighetsforstyrrelse som har fått intensiv dialektisk atferdsterapi i ett år, og selvmordsforsøkere som har fått to telefonhenvendelser. Det er urealistisk å forvente at sistnevnte skulle føre til signifikant færre selvmord hvis ikke henvendelsene førte til bedre oppfølging av annen behandling. I tillegg har trolig de fleste pasientene både i intervensjonsgruppen og kontrollgruppen fått annen form for psykososial intervensjon.

Metaanalyser kan være nyttige, men kan også føre til at det trekkes konklusjoner på sviktende grunnlag. Denne metaanalysen gir ikke grunnlag for pessimisme med hensyn til oppfølging av selvmordsforsøkere, men inspirerer til flere gode intervensjonsstudier, sier Ekeberg.

Erlend Hem
erlend.hem@medisin.uio.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Crawford MJ, Thomas O, Khan N et al. Psychosocial interventions following self-harm: systematic review of their efficacy in preventing suicide. *Br J Psychiatry* 2007; 190: 11–7.

Mer om mammografi

Bør kvinner i alderen 40–50 år delta i mammografiscreeing? Resultatene fra en britisk kasus-kontroll-undersøkelse antyder et forsiktig ja (*Lancet* 2006; 368: 2053–60). 160 000 kvinner på ca. 40 år deltok, og ble fulgt opp jevnlig i ti år. En tredel gikk regelmessig til mammografi. Intervensjonen reduserte risikoen for å dø av brystkreft med omkring 15 %, men var ikke statistisk signifikant (RR 0,83, 95 % KI 0,66–1,03). Absolutt risikoreduksjon var 0,40 per 1 000 kvinner.

Forfatterne av en ledsagende kommentartikkel beskriver ulemper og fordeler ved mammografiscreeing i denne aldersgruppen (*Lancet* 2006; 368: 2035–7). Spørsmålet er hvorvidt en kvinne er villig til å akseptere en sannsynlig økt risiko for kreft i eldre alder – som er vanskelig å beregne nøyaktig – mot en sannsynlig redusert risiko for å dø av samme sykdom i løpet av de neste ti årene.

Creutzfeldt-Jakobs sykdom etter blodoverføring

I Storbritannia har man diagnostisert det tredje tilfellet av sikker Creutzfeldt-Jakobs sykdom etter blodoverføring (*Lancet* 2006; 368: 2061–7). Pasienten var en 31 år gammel mann med ulcerøs kolitt. Åtte år etter at han hadde fått en blodtransfusjon fra en pasient som senere døde av Creutzfeldt-Jakobs sykdom, utviklet han alvorlige nevrologiske symptomer. Diagnosen ble stilt post mortem ved hjelp av vev fra tonsillene. Dermed regnes det som ganske sikkert at sykdommen kan overføres via blod.

Det finnes ingen sikre tester for Creutzfeldt-Jakobs sykdom, og blod kan ikke behandles slik at smitterisikoen fjernes. I Storbritannia kan derfor personer som selv har fått transfusjoner, ikke være blodgivere.

Dosering av pralidoksim

Forgiftning med organiske insektmidler (kolinesterasehemmere) kan behandles med pralidoksim i tillegg til atropin. Men dosen bør antakelig være høyere enn anbefalt (*Lancet* 2006; 368: 2136–41).

I en åpen, randomisert studie med 200 deltakere fikk halvparten av pasientene 1 g hver fjerde time i to døgn (standard dosering), mens den andre gruppen fikk kontinuerlig behandling 1 g/time. Blant dem som fikk kontinuerlig behandling døde én pasient, mot åtte i den andre gruppen. I tillegg hadde de behov for mindre atropin og trengte kortere tid med assistert ventilasjon.