

Ullevål 3.11. 2016 med dette som tema. Der kom mange aktører til orde, utan at ein kom fram til noka semje.

Etter dette fagmøtet fekk styret i NAF med seg NAKOS og Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi (NKT) og sende ein førespurnad til sekretariatet for «Bestillerforum RHF» om å få gjort ei nasjonal metodevurdering i denne saka. Slik kan vi få gjort ei fagleg vurdering også av ein «nøytral» instans.

Deler av det prehospitalt miljøet er klart for å innføre prehospital torakotomi som ein prosedyre som på gjevne indikasjonar kan utførast (1), medan Norsk kirurgisk forening og Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi i klare ordelag har gått imot (2). Det er ikkje til å leggje skjul på at det er ulike syn også internt i NAF i denne saka, noko som kom fram både på årsmøtet og fagmøtet. Styret i NAF ynskjer difor å sjå resultatet av ei nasjonal metodevurdering før vi konkluderer.

Reidar Kvåle

leder@nafweb.no

Reidar Kvåle (1963) er leiar i Norsk anesthesiologisk forening, Haukeland universitetssjukehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- Ottestad W, Bredmose PB, Berve PO et al. Prehospital torakotomi ved traumatisk hjertestans. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 1964–5.
- NKT-T og NKf. Høringsuttalelse 28.3.2016. <http://traumatologi.no/wp-content/uploads/2014/11/Prehospital-thorakotomi-h%C3%B8ringsvar-NKT-T-og-NKF1.pdf> (23.1.2017).

Re: Prehospital torakotomi ved traumatisk hjertestans

Kaljusto og medarbeidene ved Oslo universitetssykehus, Ullevål, har publisert en studie som viste utfallet hos pasienter med penetrerende hjerteskaade i perioden 2001–10 (1). De identifiserte 60 pasienter, hvorav 31 ankom sykehuset, mens 29 døde på åstedet. Dette er om lag tre ganger så mange som Glambek og medarbeidene legger til grunn i sin kommentar. I det publiserte arbeidet var det totalt 46 pasienter som oppfylte de anatomiske og fysiologiske kriteriene for prehospital torakotomi. Av disse ble 29 erklært døde utenfor sykehuset, mens 17 ble transportert dit. Hos åtte av disse var det på skadestedet ikke tegn til liv, og ni fikk hjertestans under transporten.

Når det gjelder transporttid til Ullevål, fastholder Glambek og medarbeidere at de fleste stikkskader i Norge skjer i sentrum av de største byene. I den omtalte studien fra Ullevål hadde imidlertid alle pasientene en transporttid på over ti minutter, med unntak av én. Avhengig av hvordan pasientpopulasjonen stratifiseres, varierte median transporttid fra 21 minutter til 30 minutter. Majoriteten av pasientene er dermed lenger enn ti minutter fra sykehus, men de har allikevel relativt kort transporttid. Ifølge Glambek og medarbeidere ligner dette situasjonen i London.

Det er korrekt at Gareth Davies fra London Air Ambulance under et foredrag i oktober 2016 i Oslo fortalte at de i London nå utfører to prehospitalt torakotomier per uke. Dette skyldes at de har utvidet indikasjonen for prosedyren. Det er derfor ikke korrekt å knytte dagens praksis til overlevelsesresultater fra 1993–2008.

Glambek og medarbeidere understreker at det ikke er selve prosedyren de mener er etisk tvilsom, men ressursbruken knyttet til opplæring av anestesileger som jobber prehospitalt. Vi har beskrevet hvordan undervisningen foregår – det skjer på allerede etablerte kurs hvor obligatoriske og standardiserte prosedyrer innøves, derfor er ressursbruken meget begrenset. Det er heller ikke slik at trening på torakotomi går på bekostning av trening på mer hyppige eller relevante prosedyrer.

Glambek og medarbeidere hevder at prosedyren forutsetter kirurgisk bakgrunn for å kunne utføres på en tilfredsstillende måte. Vi

mener at dette er tilbakevist med den praksis som foregår i London, der anestesileger uten kirurgisk erfaring og med begrenset trening utfører dette raskt og sikkert i henhold til en standard operasjonsprosedyre. Hva som er en kirurgisk «tilfredsstillende» utførelse, må tolkes inn i en kontekst hvor alternativet er at pasienten blir erklært død på skadestedet.

Registerdata er en verdifull ressurs for å monitorere effekten av ulike behandlingstiltak. Når man bruker slike data for å bygge premissene i en svært viktig diskusjon rundt en potensiell behandlingsmodalitet, er det uheldig at man ikke definerer den aktuelle populasjonen presist. I tillegg er det bemerkelsesverdig at man unnlater å nevne publiserte data som omhandler samme populasjon og tilsvarende tidsrom. Vi er overbevist om at alle ønsker en kunnskapsbasert og akademisk tilnærming til en diskusjon omkring våre aller sykeste pasienter.

William Ottestad

williamottestad@gmail.com

Per B. Bredmose

Per Olav Berve

Halvard Stave

Gunnar Farstad

Lars Wik

Mårten Sandberg

William Ottestad (f. 1974) er spesialist i anesthesiologi og overlege ved Luftambulansseavdelingen, Oslo universitetssykehus. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Per P. Bredmose (f. 1973) er spesialist i anesthesiologi og jobber som overlege med prehospital medisin og transportmedisin ved Luftambulansseavdelingen, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har tidligere jobbet ved London's Air Ambulance fra The Royal London Hospital i London og har erfaring med prehospital torakotomi og medisinsk pedagogikk og undervisning i denne prosedyren. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Per Olav Berve (f. 1976) er spesialist anesthesi og overlege ved Anestesiavdelingen, Oslo universitetssykehus, Ullevål, og ved Luftambulansseavdelingen, Oslo universitetssykehus, Legeambulansen 119. Han er ph.d.-stipendiat ved Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin (NAKOS). Ingen oppgitte interessekonflikter.

Halvard Stave (f. 1976) er spesialist i anesthesiologi og seksjonsoverlege ved Luftambulansseavdelingen, Oslo universitetssykehus. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Gunnar Farstad (f. 1967) er spesialist i anesthesiologi og overlege ved Luftambulansseavdelingen, Oslo universitetssykehus. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Lars Wik (f. 1957) er spesialist i anesthesiologi, overlege ved Anestesiavdelingen, Oslo universitetssykehus, Ullevål, og Luftambulansseavdelingen, Oslo universitetssykehus, Legeambulansen 119. Han er seniorforsker ved Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin (NAKOS). Forfatter oppgir følgende interessekonflikter: Han er «principal investigator» for en hjertestansstudie støttet av Physio-Control, og han har patenter lisensiert fra Inven2 til Zoll Medical og Physio-Control.

Mårten Sandberg (f. 1960) er spesialist i anesthesiologi og overlege ved Luftambulansseavdelingen, Oslo universitetssykehus, og professor II i prehospital akuttmedisin ved Universitetet i Oslo. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- Kaljusto ML, Skaga NO, Pillgram-Larsen J et al. Survival predictor for penetrating cardiac injury; a 10-year consecutive cohort from a scandinavian trauma center. Scand J Trauma Resusc Emerg Med 2015; 23: 41.