

Behovet av övningar i katastrofscenarier vid svenska sjukhus får inte underskattas

En lärdom av det inträffade är att det behövs tid och utrymme för övningar av katastrofscenarier för såväl akutsjukhus som närsjukhus. Det skriver de ledningsansvariga om sjukvårdens insatser vid trafikolyckan på Tranarpsbron norr om Helsingborg i början av året.

Den 15 januari 2013 inträffade en omfattande trafikolycka på E4 strax norr om Helsingborg. Ett hundratal lastbilar och personbilar krockade på ett avsnitt bestående av en bro, Tranarpsbron. Svår dimma och ishalka rådde. Olyckan skedde strax före lunch en vardag, en tidpunkt då sjukhus vanligen har god bemaning och kompetens på plats.

Olyckan var Skånes största i sitt slag genom tiderna. En person omkom och 20 fick medelsvåra till svåra skador – flertalet i form av kontusioner i nacke och rygg samt frakturer. 31 patienter hade mindre blesyrer. Ytterligare fyra personer sökte vård dagarna efter olyckan. Olycksoffer togs emot på sjukhusen i Helsingborg, Ängelholm och Kristianstad. Med tanke på olyckans omfattning blev utfallet när det gäller personskador och dödsfall förvånansvärt begränsat jämfört med vad som först befarades.

40 minuter efter första den informationen om olyckan var Helsingborgs lasarett försatt i förstärkningsläge. Inom

ANDERS SJÖLUND

specialistläkare akutsjukvård och internmedicin; ordförande i katastrofkommittén

FREDRIK JONSSON

specialistläkare, enhetschef, akutmottagningen

KJELL IVARSSON

med dr, specialistläkare, verksamhetschef, biträdande sjukhuschef; samtliga vid Akutcentrum, Helsingborgs lasarett
kjell.ivarsson@med.lu.se

en timme hade sjukhusledningen tillsammans med verksamhetscheferna, inklusive övriga beslutsfattare, bildat stab. Akutmottagningen mobiliserades genom att lokalerna omdisponerades enligt en nyligen utarbetad katastrofplan med principen att katastrofarbetet ska likna det vardagliga arbetet i möjligaste mån. Man kunde därmed på relativt kort tid frigöra en del av akutmottagningens lokaler och resurser för enbart förväntade skadade från olyckan.

Team bestående av läkare, sjuksköterska och undersköterska bildades för traumomhändertagande såväl på akutrums som på den del av akutmottagningen som tog emot lindrigare skadade. Den övriga akutmottagningen organiserades för att effektivt handlägga ordinarie patientflöde. Personalen på akutmottagningen informerades fortlöpande var 30:e minut.

Ungefär 10 minuter efter den första informationen om olyckan kontaktades regional medicinsk katastrofledning (RMKL), bestående av Regional läkare i beredskap (RLB) och Tjänsteman i beredskap (TiB). Man informerade fullt ut om sjukhusets beredskapsläge, och därefter fungerade stabschefen som kontaktväg mellan RMKL och sjukhuset.

Mindre än en timme efter larmet begärde sjukvårdsledare på plats ut sjukvårdsgrupp.

Den stora utmaningen var att via RMKL få en överblick över antalet skadade på olycksplatsen. Då detta av förståeliga skäl var svårt (olycksplatsens geografiska utspridning samt oklarhet om tillgängligheten till olycksplatsen), fattade staben för sjukhusets ledning ett »Beslut i stort« (BiS) att befortsätta med förstärkningsläge fram till den tidpunkt då



Foto: Suvad Mrkonjic/XP/Scanpix

Helsingborgs lasarett och Ängelholms sjukhus genomförde en större katastrofövning hösten 2012. »Nytan av denna övning bevisades under det skarpa läget den 15 januari 2013.«

den sista skadade hade lämnat olycksplatsen.

I och med beslutet om förstärkningsläge stoppades och avslutades all elektiv vård och behandling på Helsingborgs sjukhus. Man fokuserade på att snabbt inventera patienter som kunde skrivas ut eller skickas till närliggande närsjukhus. Ingen personal fick lämna sjukhuset. Kontakt togs direkt med närsjukhusen, och för att slippa utnyttja akutambulanser mobiliserades via RMKL sjuk-

transporter för överflyttning av inneliggande patienter.

Efter ca 1,5 timmes arbete kunde man på så vis mobilisera 76 vårdplatser inklusive ett tiotal platser med intensivvårdskapacitet. Ett tiotal patienter identifierades och bedömdes kunna flytta till närsjukhus med vanlig sjukresa.

En av de stora utmaningarna var det stora intresset från press, radio och tv. Trots att sjukhuset skickade ut press-

VIKTIGA FAKTORER VID FÖRSTÄRKNINGSLÄGE

Sammanställning av faktorer av vikt vid förstärkningsläge på Helsingborgs lasarett i samband med olyckan på Tranarpsbron den 15 januari 2013.

- Tydlig ledningsstruktur på akutmottagningen, med klara instruktioner kring beredskaps-höjningar.
- Bilda stab på sjukhusledningsnivå som harmonierar med regional medicinsk katastrofledning (Tjänsteman i beredskap [TiB] och Regional läkare i beredskap [RLB]).
- En person utgör chef för den strategiska ledningen på sjukhuset (på förhand utsedd stabschef). Ska vara kontaktbar dygnet runt.
- Tidig mobilisering av resurser på sjukhuset med inriktning på vårdplatser.

- Tidig planering för att kunna frigöra vårdplatser på akutsjukvårdsavdelning och intensiv-/postoperativ avdelning.
- I ett initialt skede involvera kommunikatör för extern respektive intern information via intranät.
- Human resources (HR) viktig funktion som kan avlasta övriga delar av sjukhuset för inringning av personal vid behov.
- Pressmeddelande/presskonferens för att underlätta informationsflödet till massmedier.
- Beslut i stort (BiS). Viktigt att hela sjukhuset vet vad inriktningsbeslutet är – det underlättar de efterföljande beslut som behövs i en förstärknings- eller katastrofsituation.
- Återföring och summering av händelsen på intranät eller annan typ av mötesforum.

meddelanden fanns hela tiden behov av mer information. Stabsledningsgruppen beslutade därför anordna en presskonferens ca 3 timmar efter den första informationen om olyckan. Behovet av intern information var också stort, och uppdatering via intranätet gjordes fortlöpande.

Sammanlagt kom tio medelsvårt skadade patienter till Helsingborgs lasarett. Efter att ha mobiliserat personal och vårdplatser fanns möjlighet att ta emot ett tiotal svårt skadade och en större grupp av lindrigt till måttligt skadade.

En lärdom av det inträffade är att tid och utrymme ges för övningar av katastrofscenarier för såväl akutsjukhus som närsjukhus. Detta inkluderar också de sjukvårdsgrupper som kan behöva rycka ut vid liknande händelser.

Att träna strategiskt stabsarbete för sjukhusen är synnerligen viktigt och kan avlasta de rent operativa delarna i en mobilisering vid ett förstärknings- eller katastrofläge.

Slutligen bör nämnas vikten av att dra lärdom av de erfarenheter som framkommer vid särskilda händelser på våra sjukhus runt om i Sverige. Att återföra dessa erfarenheter är viktigt för den perso-

nal som varit involverad, lika så att det finns en öppenhet om vad man behöver arbeta med.

Hösten 2012 genomförde

Helsingborgs lasarett tillsammans med Ängelholms sjukhus en större katastrofövning, under namnet »Ängelborg«. Nyttan av de erfarenheter som denna övning gav bevisades under det skarpa läget den 15 januari 2013. I en tid av effektivisering och ekonomisk åtstramning är vår slutsats att man inte ska skruva ner ambitionerna utan i stället att ha fortsatt fokus på katastrof- och samverkansövningar, då detta har stor betydelse när den verkliga händelsen inträffar [1-5].

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763).
2. Lag (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.
3. Förordning om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap. SFS 2006:637.
4. Förordning om krisberedskap och höjd beredskap. SFS 2006:942.
5. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om fredstida katastrofmedicinsk beredskap och planläggning i förhöjd beredskap. SOSFS 2005:13.

LÄSARKOMMENTARER

Många har kommenterat artikeln om Läkarförbundets råd om patienten vill fotografera eller filma vid vårdtillfället (LT 8/2013, sidan 399).

Verkar vara extremt meningslösa råd. Tala med patienten om de vill filma dig? Goddag yxskaft, det fattar nog redan läkarstudenten.
Carl David Dolata

Om patientens intresse av att få sin vård filmad ska ställas mot läkarens krav på integritet och arbetsro är jag tämligen säker på att varje förvaltningsdomstol i det här landet skulle döma till den senares fördel.

Peter Homann

Dokumentation genom fotografier och ljud- och bildupptagningar har kommit för att stanna inom vården och har inneburit att maktförhållandet mellan patient och vårdgivare har förskjutits

till fördel för den förra, vilket får anses vara en stort framsteg i sammanhanget, eftersom många patienter – rätt eller orätt – uppfattar sig vara utlämnade åt vårdgivarens bedömningar. ... alla läkare borde se ljud- och bildupptagning som ytterligare ett hjälpmedel att öka kvaliteten i sitt arbete.

B K Jansson, jurist, Socialstyrelsen

BK Jansson anser att frågan

handlar om patientsäkerhet. Det gör den, men inte alls på det sätt Jansson tänker. Utgör inte ömsesidig tillit ett av fundamenten till patientsäker vård?

Hampus Edgren

**MER DEBATT PÅ
LÄKARTIDNINGEN.SE
Receptfritt i glesbygd**

Sylvia Augustini

Kvalitetsregister – en välklädd folkrörelse

Swedeheart och andra kvalitetsregister har betonat svårigheterna att göra jämförelser mellan olika vårdgivare. Det är därför viktigt att tolkningarna av resultaten görs med försiktighet och av dem som har kunskap om de lokala förhållandena.

Johan Ejerhed tar i LT 5/2013 (sidorna 196-7) upp många kloka och insiktsfulla tankar kring kvalitetsregister och användandet av dessa. Men tyvärr har inlägget fått en rubrik, »Kvalitetsregister – kejsare utan kläder?«, som tyder på bristande kunskap om hur kvalitetsregister i dag fungerar och vilka förändringar som redan håller på att ske. Då Riks-HIA, som är en del av Swedeheart, nämns vid ett flertal tillfällen vill jag gärna komma med några förtydliganden.

Kvalitetsregister har aldrig utgett sig för att vara »kejsare«. Tvärtom har de flesta kvalitetsregister startats av en eller några entusiaster på ett eller några sjukhus, till vilka andra sjukhus sedan frivilligt anslutit sig i en önskan att förbättra vården för sina patienter. Swedeheart, som är ett av Sveriges största kvalitetsregister, styrs fortfarande helt av professionen i form av arbetsgrupper, och alla viktiga beslut (såsom ändring eller tillägg av ett mått) fattas efter diskussion på årsmötet, där alla sjukhus och alla inblandade professioner är representerade. I flera projekt bjuds också patientrepresentanter in.

Det primära syftet med registret är att stödja det lokala arbetet med att utveckla vården genom att ge kontinuerlig

information om vårdbehov, undersökningar, behandlingar och behandlingsresultat.

Självklart kan inte registreringar i sig själva förbättra vården; aktuella data måste kontinuerligt presenteras och användas för att kunna vara till stöd i förbättringsprocessen. Swedeheart har sedan flera år online-rapporter för sina användare och släpper till hösten en än mer interaktiv och lättöverskådlig rapportfunktion.

I den senaste användarenkäten instämde 87 procent av de tillfrågade i att kvalitetsregistret hade hjälpt verksamheten att identifiera förbättringsområden, och 78 procent i att kvalitetsregistret hade förbättrat enhetens förmåga att möta nationella riktlinjer och introducera nya bättre arbetssätt. Som ytterligare stöd i förbättringsarbetet introduceras nu riskvärderingsverktyg och beslutsstöd. Registret följer också upp effekter av läkemedel och medicintekniska produkter i den kliniska verkligheten för att komplettera den kunskap som erhållits från kliniska prövningar, som i regel har inkluderat starkt selekterade populationer.

Att »blint fokusera på enskilda kvalitetsmått« är inget som kvalitetsregistren har ägnat sig åt, tvärtom har det vuxit fram en insikt om behovet att spegla bredden av vården och inkludera även direkt patientrelaterade mått.

Swedeheart och andra kvalitetsregister har också betonat svårigheterna med att göra jämförelser mellan olika vårdgivare på grund slumpmässig variation och då bakgrundsfaktorer (case-mix) och täckningsgrad kan variera. Det är därför viktigt att tolkningarna av resultaten görs med försiktighet och av dem som har kunskap om de lokala förhållandena. Att den enskilda vårdgivaren jämför



TOMAS JERNBERG

ordförande, Swedeheart; docent, överläkare, hjärtkliniken, Karolinska universitetssjukhuset

tomas.jernberg@karolinska.se