

Efter Utøya ... svensk katastrofberedskap behöver skärpas



LOUIS RIDDEZ, docent, överläkare, Gastrocentrum kirurgi, Karolinska universitetssjukhuset, Solna
louis.riddez@karolinska.se



PER ÖRTÉN, docent, överläkare, Prehospitalt och katastrofmedicinskt centrum, Västra Götaland

Det är snart ett år sedan de förödande terrorattentaten i Norge den 22 juli 2011. Bombdådet mot regeringsbyggnaden i Oslo och den efterföljande massakern ute på Utøya var i många hänseenden en katastrof, inte bara i ordets vanligaste mening – dvs för de avlidna, skadade, överlevande och anhöriga – utan också enligt en rent katastrofmedicinsk definition.

Mitt i semestertid kom den medicinska katastrofberedskapen i Oslo-regionen att prövas till det yttersta, något som klarades av på ett imponerande sätt och som vi fick privilegiet att granska i egenskap av observatörer för Socialstyrelsen och i nära samarbete med den i Norge tillsatta 22 juli-kommissionen.

Eftersom den norska rapporten ännu inte publicerats, väljer vi här att reflektera enbart över vår svenska katastrofberedskap vid liknande händelse och vad vi behöver förändra i en nära framtid.

Snabbt triage svårt att säkerställa

Bombattentat och våld med skjutvapen är i dag det vanligaste sättet att skapa terror. I dag sker detta även i vårt närområde; de två mest kända händelserna är bombattentatet i köpcentret Myrmannt i Vanda norr om Helsingfors 2002 och det i Norge 2011. Båda uppvisade det typiska skadepanoramats av ett begränsat antal svårt, multipelt skadade och ett stort antal lättare skadade [1, 2].

Triage av skadade redan på skadeplatsen är av stor vikt för att skicka de svårast skadade direkt till de sjukhus som har kompetens och resurser att klara

dess fall. Lättare skadade förs till andra sjukvårdsenheter.

Detta triage måste göras tidigt och kräver hög medicinsk kompetens, vilken snabbt bör kunna mobiliseras till katastrofplatsen. Detta har vi i Sverige svårt att säkerställa i hela landet, och det finns ett behov av att öka den medicinska kompetensen på katastrofplatser.

Ett förbättrat nationellt samarbete behövs också för att effektivare kunna utnyttja det begränsade antalet ambulanshelikoptrar.

Centraliserad traumavård har ett pris

Traumaskickvården har i Sverige avsevärt förbättrats, bl a genom bättre utbildning men också sannolikt genom centralisering av de svårast skadade till traumaskickhus.

Denna vinst har dock skett på bekostnad av vana och kompetens att ta hand om svårt skadade på de sjukhus som inte längre regelmässigt ser denna patientkategori.

Tre principer för krishanteringen

Vårt krishanteringssystem bygger på ansvars-, närhets- och likhetsprinciperna, vilket innebär att de sjukhus som normalt ansvarar för vården av de svårast skadade ska göra detta även vid ett större skadeutfall. Detta bör gälla nästan oavsett antal skadade.

Närhetsprincipen innebär att krisen ska handläggas på lägsta möjliga geografiska nivå. Likhetsprincipen innebär att verksamheten ska vara så lik den normala som möjligt, något som ställer krav på de mottagande sjukvårdsenheterna att snabbt kunna ställa om till ökad kapacitet utan att påtagligt minska den medicinska kvaliteten.

De sjukhus som ingår i katastrofberedskapen bör ställas inför en kravlista på tillgängliga resurser och medicinsk kompetens. Detta gäller naturligtvis också katastrofhändelser som är av mer medicinsk karaktär, tex rökskadade och skadade vid kem- respektive radiakolycka.

Traumaskickhuset bör kunna avlastas

Omhändertagandet av de skadade från bombexplosioner och skottskador krä-



Foto: Fredrik Sandberg/Scanpix

Massakern på Utøya den 22 juli 2011 var en katastrof i många avseenden – också enligt en rent katastrofmedicinsk definition.

ver ofta ett flertal operationer och lång sjukhusvård innan skadorna kan betecknas som färdigbehandlade. Sjukhusen bör under denna tid samarbeta för att avlasta traumaskickhuset från annan akutsickvård.

Lång tids behandling gäller naturligtvis också de psykiska trauman som många utsatts för och som kanske aldrig riktigt läker. Det sistnämnda omhändertagandet kräver sin egen katastrofberedskap, vilken det finns anledning att återkomma till senare när väl samtliga rapporter har offentliggjorts.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Turégano-Fuentes F, Caba-Doussoux P, Jover-Navalón JM, et al. Injury patterns from major urban terrorist bombings in trains: the Madrid experience. *World J Surg*. 2008;32:1168-75.
2. Peleg K, Aharonson-Daniel L, Stein M, et al; Israeli Trauma Group (ITG). Gunshot and explosion injuries: characteristics, outcomes, and implications for care of terror-related injuries in Israel. *Ann Surg*. 2004;239:311-8.

SAMMANFATTAT

Terrorattentat i form av bombexplosioner och skottskador bör i dag ingå som sannolika händelser i den svenska katastrofberedskapen.

Triage av skadade bör göras med högsta medicinska kompetens så tidigt som möjligt ute på katastrofplats.

De svårast skadade bör transporteras till de sjukhus som normalt handlägger dessa, nästan oavsett antal skadade.