Sjukvården i ett stärkt totalförsvar

Inträdesanförande i KKrVA avd V den 21 april 2021
av Lovisa Strömmer

Résumé

Emergency medical care with an adequate adaptability to meet the increased needs in a situation of a crisis, catastrophe or war is an essential component of the civil defence. The emergency hospital (Swedish: akutsjukhus) and its associated resources are the structure for emergency medical care. The number of Swedish emergency hospitals has rapidly declined which implies negative effects on the Swedish civil defence. This article discuss the complexity of the Swedish health care system and the role and importance of a fully functional emergency medical care system in the Swedish total defence.

TITEL PÅ MITT inträdesanförande ”Sjukvården i ett stärkt totalförsvar” har ett fokus på akut sjukvård, eftersom trauma- och akutkirurgi är mina expertområden både vetenskapligt och kliniskt som verksam överläkare i kirurgi. Författaren kommer att utgå från patienten, då grunden till varaktig förändring byggs från ”grunden” eller nerifrån. Denna vetskap baseras på erfarenheter från lokalt och nationellt förbättringsarbete inom ämnesområdet akutkirurgi och traumatologi.

Den civila sjukvårdens struktur i fredstid, dess kompetens och organisation utgör grunden för både den civila sjukvården och totalförsvarets sjukvård i krig. Sveriges behov av att utveckla, anpassa och förbereda civil sjukvård för att möta behoven i en krigssituation tydliggörs i regeringens proposition om Totalförsvaret 2021–2025. En fungerande akutsjukvård med en adekvat omställningsförmåga att kunna möta förändrade och ökade behov vid kris, katastrof eller krig är en nödvändig komponent i ett svenskt totalförsvar. Omställningsförmågan är sjukvårdens viktigaste bidrag till kris- och krigsberedskap och är en förmåga som vården behöver upprätthålla, utveckla och ständigt träna.

Samhällsnytta skapas genom en balans mellan patientnytta och medborgarnytta

Sjukvårdens komplexitet drivs till en stor del av blandningen mellan akut och planerad sjukvård. Behovet av akut sjukvård kommer plötsligt och oväntat, är symptomdrivet och ofta, åtminstone initialt, utan känd orsak. Tillgång till akut sjukvård fodras omgående, hela tiden och överallt oavsett om medborgaren för tillfället behöver den eller ej (medborgarnytta). Exempel är akut hjärtinfarkt eller akut skada (trauma) vid en trafikolycka.

Planerad vård utgår oftast från en redan bestämd orsak (diagnos) som är känd och därför möjlig att planera, prioritera och vid behov köställa. Alternativt har den en imperativ orsak som, dock fortfarande planerat, fodrar snar åtgärd. Tillgång till planerad vård av hög kvalitet måste vara nåbar för patienter med en diagnos inom en rimlig tid

(patientnytta). Exempel är cancersjukdomar eller tillstånd som kräver högspecialiserad vård. Utveckling av högspecialiserad vård har under de senaste 10–20 åren lagt grunden till en ökad regionalisering och nivåstrukturering, d v s att vissa komplexa planerade behandlingar bara utförs på vissa sjukhus inom regionen eller i Sverige.

Ett exempel är kirurgin som har fragmenterats i fler och fler kirurgiska specialiteter under sista seklet och medfört bl a att några få kirurger idag gör mycket av högspecialiserad vård på få sjukhus i landet i syfte att öka kvalitén. Detta är bra men inget är bara bra, en alltfört långt driven specialisering kan påverka helheten. Detta har konsekvenser för den akuta vården, i detta fall den akuta kirurgin, som riskerar en sämre utveckling och denna obalans mellan patientnytta och medborgarnytta påverkar samhällsnyttan, och därmed civilt försvar.

Akutsjukhusen och akutkompetensen

Akutsjukhuset utgör strukturen i vilken akut sjukvård bedrivs. Alltfler akutsjukhus har idag förlorat sina akuta funktioner eller lagts ned. På 50 år har antal akutsjukhus mer än halverats, från 115 år 1970 till 49 akutsjukhus idag. Akutsjukhusen påverkas i en negativ spiral där regional nivåstrukturering riskerar leda till rekryteringsproblem, svårigheter vid verksamhetsutveckling och sämre förutsättningar för utbildning. Men, ett starkt civilt försvar kräver fungerande akutsjukhus; utan akutsjukhus ingen struktur eller kompetens för akutsjukvård och akut- och traumakirurgi. Att fler akutsjukhus läggs ned medför en påtaglig risk för negativa effekter på totalförsvaret.

Akutkompetens, och framförallt akutkirurgisk kompetens, är förutom medicinsk kompetens, förmågan till beslutsfattande, teamarbete och triage (sortera och prioritera). Trauma-omhändertagandet är tidskritiskt och är sjukvårdsystemets mest komplexa verksamhet och en avgörande funktion i en krigssituation. Idag saknas ordinarie kompetens på många akutsjukhus i landet vilket avspeglas i dubbleringen av kostnader för hyrläkare och annan personal som skett under de sista 10 åren.

Curt Franksson var föregångare inom kirurgin i Sverige och ett av hans viktigaste citat i detta sammanhang är ”Vi måste bestämma nu – så kan vi ändra sen”. Citatet beskriver essensen av akutkirurgisk kompetens; beslutsförmåga och omprioritering vilket utgör grunden för en god omställningsförmåga.

Akutsjukvård innefattar även prehospital vård (vård utanför sjukhuset) och sjukvårdstransporter. Det är ett område i snabb utveckling som kan sammanfattas *mer* och *svårare*. Fler och längre transporter mellan sjukhus sker då behandlingar inte finns på alla sjukhus. Innan 1968 var det brandmän och ambulansförare som körde ambulanser, men idag sker transporter av specialutbildad sjukvårdspersonal och allt mer avancerad vård ges idag både på skadeplats och under transport och närvaro av prehospitala läkare i ambulanser och helikoptrar har ökat markant.

Balans mellan specialisering och akutsjukvård nära medborgare och patienter – ett dilemma

Hur ska totalförsvaret kunna stärkas i en verklighet där den mest avancerade sjukvården koncentreras till några få sjukhus och då därigenom strukturer och kompetenser nödvändiga för att upprätthålla en adekvat och tillräcklig akutsjukvård försvinner? Hur

ska vi kunna säkerställa tillgänglighet av akut vård för tillstånd som inte säkert kan skickas långa sträckor i ambulanser? Dessa frågor utgör ett dilemma där risker för medborgare, patient och civilt försvar behöver balanseras mot nyttan av centraliseringen.

Det finns en gräns för hur få akutsjukhus vi kan ha i Sverige. Ett färre antal akutsjukhus medför en påtaglig risk för negativa effekter på totalförsvaret vilket är tvärtemot regeringens proposition att öka förmågan att ta hand om skadade. Var går den gränsen?

Vad driver utvecklingen med allt färre sjukhus med ett utbrett beroende av hyrpersonal? För mindre akutsjukhus påverkas struktur och kompetens negativt av den ökade specialiseringen med dyrare och mer komplexa metoder som leder till ökad nivåstrukturering som i sin tur leder till rekryteringsproblem, sämre verksamhetsutveckling och sämre förutsättningar för utbildning. Ett sådant exempel är Sollefteå sjukhus, det börjar med att förlossningen läggs ned och sedan följer nedläggning av akutkirurgin, intensivvården etcetera.

Pandemin

Vid kris eller katastrof är det alltid först den akuta vården som belastas mest och måste ställa om sin verksamhet. Pandemin har demaskerat många praktiska konsekvenser av vår alltför hårt specialiserade, regionaliserade och inte minst effektiviserade sjukvård där resurser och kompetens att ta om hand svårt sjuka patienter inte var möjligt på alla sjukhus, liksom förekomsten av icke existerande lager för sjukvårdsmateriel och läkemedel. Behovet av nationell samordning har blivit uppenbart inom många områden. Sjukvården visade samtidigt på en hög grad av omställningsförmåga under pandemin, bl a inom intensivvården som kraftigt ökade antalet vårdplatser. Detta var möjligt genom att resurser omfördelades från operationssalar till intensivvården. Men, i en krigssituation behövs både operationssalar och intensivvårdsresurser för många skadade vilket adresseras i regeringens proposition med förslag på att öka antalet intensivvårdsplatser i fredstid.

Upprätthålla och utveckla akutsjukvård i syfte att stärka totalförsvaret

Balansen mellan medborgarnytta och patientnytta för att uppnå samhällsnytta och därmed ett starkt civilförsvar och totalförsvar kan göras genom att man prioriterar akut sjukvård på samma sätt som planerad sjukvård har prioriterats under de senaste 10-20 åren.

Regionerna måste fastställa behovet av akutsjukvård i ett regionalt sjukvårdssystem. Mycket kraft har lagts på att försöka bevara akutsjukhusen som de är och mindre kraft till att utveckla sjukvårdssystemet inom och mellan regioner. Det finns ingen allmängiltig lösning och lösningarna kan se mycket olika ut då våra regioner likaledes är mycket olika avseende behov, geografi och tillgängliga akutsjukhus.

Samarbeten mellan regioner måste prioriteras. Idag är cancervården organiserad i samverkansregioner. Regionindelningen behöver dock utgå från sjukvårdens behov som är mer komplext än befolkningsmängd och handlar om skatteunderlag, kommunikation, etablerade utbildning-forskningssamarbeten och vårdkedjor samt digital utveckling. En större region innebär alltid en ökad risk för färre sjukhus och måste balanseras mot transportförmågan.

Statens ansvar är att sätta ramar och prioritera. Ett förstatligande av sjukvården är inte det enkla svaret då regionerna,

och inte i de statliga verken och myndigheterna, idag har den operativa kompetensen att driva sjukvård.

Sjukvården och Försvarsmakten måste samarbeta mer i fredstid om det ska fungera i krigstid. Försvarsmakten har en lång tradition av övning, att öva för det som sannolikt inte händer. Vi i sjukvården har inte den traditionen, däremot tränar vi skarpt läge, med det som alltid händer. Därför kan ett samarbete mellan sjukvården och Försvarsmakten vara fruktsamt. Ett konkret förslag är att, i enlighet med regeringens proposition, samordna traumautbildning i Sverige. En nationell traumautbildning är nödvändig för att ett stärkt totalförsvar.

I en ny statlig utredning (SOU 2021:25) föreslås att landet delas in i större geografiska områden motsvarande samverkansregionerna för civil ledning och samordning med militära regioner. Detta kan förtydliga lednings-och ansvarsförhållanden och bidra till att öka civilt- militärt samarbete inom sjukvården i fredstid.

I syfte att stärka totalförsvaret måste omställningsförmågan, kapaciteten och kompetensen inom akut sjukvård upprätthållas och utvecklas. Om vi inte har denna förmåga i fred kommer vi inte ha det i krig.

Författaren är docent och överläkare vid kirurgkliniken Capio S:t Görans Sjukhus samt ledamot av KKrVA.