

Föreningen valde i år att ha en temadag den 11 september på karolinska sjukhuset i Solna, det var styrelsen som i samarbete med KS arrangerade dagen. Årsmötet hölls också under dagen. Temadagen hade tre föreläsare och presenterade tre aktuella ämnen som vi här redovisar kort. Under temadagen deltog 30 personer och på årsmötet närvarande 14 personer.

## ***Sveriges insats efter attentatet i Bombay 26 november 2008***

Dan Gryth

Sverige erbjöd hjälp med medicinsk evakuering efter attentaten i Bombay. Attentaten riktades mot sjukhus, tågstation och flera stora hotell, bland annat Hotell Tach Merah. Flera av attentatsmännen barkaderade sig på hotell Tach Merah och här pågick en längre eldstrid. Sammanlagt dödades 173 personer och 308 skadades.

Den 28 november bad Indiens regering om hjälp, man önskade att andra länder skulle ta hem sina skadade medborgare och Sverige erbjöd sig att ta hem skadade EU-medborgare. Dan Gryth fick frågan om han kunde åka med SNAM och vara medicinskt ledningsansvarig för evakuering av EU-medborgare.

Det Svenska Nationella Ambulansflyget (SNAM) larmas 28 november, de i besättningen som skulle lämna SNAM-planet i Indien behövde visum till Indien. Detta ordnades kl.0500 den 28 november! Därefter lyfte Dan och två ur SNAM mot Bombay med ordinarie flyg. Denna trio bildade ett bedömningsteam och deras uppgift blev att söka upp skadade på sjukhus och göra en medicinsk bedömning om de kunde flygas till Europa. SNAM-planet med övrig besättning ankom Bombay 30 november.

Bedömningsteamet landade på natten i Bombay, på morgonen uppsöktes svenska konsulatet och fick information om var européer fanns. Bombay General Hospital här fanns spanska (2) och brittiska (5?) medborgare. Jaslok Hospital, ett privatsjukhus, hade brittiska patienter (3) med skott- och splitterskador. På första sjukhuset fick de inte besöka de brittiska patienterna, britten vill tala med sina medborgare före bedömningsteamet. Medicinsk bedömning gjordes på 5 patienter och dessa ansågs som transportabla. Då övergick insatsen i logistik och förhandling av ambulanstransporter till flygplatsen. För att flytta patienter från det allmänna sjukhuset fick Dan köpa ambulanstransporten på gatan vilket var en ny erfarenhet. Det var svårt med koordinering av mellan landtransport till flygplatsen och landningstid för SNAM-planet, när allt var ordnat fanns det fortfarande ingen landningstid för flygplanet. Planet landade i "rätt tid" men då uppstod problem med att hitta patienterna, gaten och planet. Situationen försvårades av att flygplatsen hade stora restriktioner om vilka som släpptes in. Detta på grund av rädslan för nya terroristattacker

SNAM-planet var utrustat för 6 iva-plater, 30 sittande platser. Besättningen på planet bestod av 8 läkare, 11 sjuksköterskor, 1 medicintekniker samt kabin- och flygpersonal. SNAM lyfte med 5 skadade och xx anhöriga till dessa, alla skadade oavsett nationalitet flögs till London. På Heathrow flyttades patienterna över i ambulanser och SNAM-personalen följde med in till sjukhus och patienterna flyttades över i säng på intensivvårdsavdelning.

Bombay hade väl fungerande och moderna sjukhus med välutbildad personal, syftet med evakueringen var att avlasta sjukvården i Bombay som behövde ta hand om egen befolkning. Sveriges uppdrag var att söka medborgare från EU i syfte att avlasta inhemsk sjukvård.

Sveriges stödstyrka är i första hand att bistå utlandsmyndigheten och personer med hemvist i Sverige, samt nordiska medborgare och EU. SNAM har ett vidare uppdrag än stödstyrkan, vem som helst kan ”köpa” tjänsten att använda SNAM med medicinsk besättning.

## ***Triage på skadeplats – utvärdering av Smart Tag™***

Monica Rådestad

Beredskapssamordnare på Capio St. Görans sjukhus

Forskningssamordnare på Stockholms Prehospitala Centrum, SPC

Sortering har man sysslat med länge t.o.m. innan Napoleons chefläkare Larrey förde in triagering inom krigssjukvården. Bl.a. sorterades kaffebönor efter triageprincipen:

- bästa kvalitet
- medelgod
- svårt skadade bönor

Dominique-Jean Larrey utvecklade triage under Napoleons krig, hans syfte var att triagera lindrigt skadade för att få ut dem snabbt i strid igen. Han lär också vara den som utvecklade snabba transporter s.k. flying ambulance.

Två system för prioriteringsmarkeringar finns i Sverige:

- enkla plastkort i grön, gul och röd färg med ett extra kort för dokumentation
- Smart Tag™, ett vikbart kort som har både prioritering och dokumentation i ett och samma kort

Cirka 10 landsting/regioner har bytt till Smart Tag™.

Få vetenskapliga utvärderingar är gjorda av prioriteringssystem. Enligt Jenkins et al 2008 går det inte att dra några säkra slutsatser gällande validitet från de jämförande studier som gjorts. Jenkins LJ m.fl. Mass- Casualty Triage: Time for an Evidence – Base Approach. *prehosp Dis Med* 2008;23:7

Katastrofmedicinskt Centrum (KMC) i Linköping utförde 2006 en utvärdering på uppdrag av SoS. En webbaserad enkät skickades ut till personal inom ambulans- och akutsjukvård i 17 landsting och en kommun (Gotland). Av 300 tillfrågade svarade 196 (65 %) på enkätundersökningen avseende ”Användning av prioriteringsmarkeringar och skadekort”.

KMC har också gjort en systematisk genomgång av 38 Kamedorapporter, 1977-2004, i syfte att få fram om och hur prioriteringsmarkeringar använts. Man fann ingen entydig information om prioriteringsmarkeringar använts

Nilsson H, Rüter A. Attitudes on the use of priority tags. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2007; 15; 68-70

Vetenskapliga utvärderingar behövs för att kunna göra uppföljningar av medicinska insatser. En av slutsatserna är att sammanställning av dokumentationen från stora olyckor och

katastrofer avseende dokumentation om prioritering och prioriteringsmarkeringar behöver utvecklas. Vidare behövs tydliga rutiner för när korten skall användas och attitydförändring för användandet av prioritetsmarkering. Insatser för att åstadkomma detta sker via utbildning, träning och övning.

SPC fick 2008 uppdraget av Regionala enheten för krisberedskap (REK) att utvärdera användningen av prioritetsmarkeringar i Stockholms läns landsting (SLL).

Två enkätstudier genomfördes

## **Resultat av enkätstudie 1**

I den första enkätstudien tillfrågades 754 personer, verksamma inom ambulans- och akutsjukvård (sjukvårdsgrupper), 409 svarade (54 %). Man använde samma enkät som KMC använt. Studien gjordes i samband med utbildning och implementering av Smart Tag™.

Endast 9 % av de tillfrågade hade använt prioriteringsmarkeringar vid skarpa händelser och 51 % enbart vid övningar. 35 % hade aldrig använt prioriteringsmarkeringar i något sammanhang.

Erfarenheten från användning av prioriteringskort vid skarpa situationer var låg, i likhet med enkätresultat vid KMC.

Svaren visar att det råder en viss osäkerhet om när korten ska användas – bättre riktlinjer behövs.

## **Resultat av enkätstudie 2**

Den andra enkätstudien genomfördes vid en stor regional samverkansövning (ARN 2008) med 99 skademarkörer. 60 personal från ambulanssjukvården och sjukvårdsgrupper deltog i övningen. Av 60 deltagare svarade 56 på enkäten, av dessa var 43 från [\[a1\]](#) ambulanssjukvården och 13 var deltagare från sjukvårdsgrupp.

Enkätstudien belyser inställningen till Smart Tag™. Smart Tag™ är en modifikation av den engelska Smart Tag™ som används i MIMMS kursen.

Av de svarande anser 84 % att Smart Tag™ och sällningstriage är användarvänligt och fyller ett syfte i arbetet på skadeplatsen.

Sällningstriage, Triage Sieve är en fysiologiskt baserad prioritering med enkla kriterier som beskrivs i en algoritm.

Sorteringstriage, Triage Sort används på uppsamlingsplatsen och är en mer utvecklad sortering baserat på Revised Trauma Score (RTS) ett scoringsystem som klassificerar skadan efter svårighetsgrad genom att poängsätta fysiologiska vitalparametrar.

Av svaren framgår att 74 % ansåg Smart Tag™ användarvänligt vid sorteringstriage.

Övervägande tyckte det var enkelt att arbeta med korten på skadeplats utifrån kortets utformning avseende dokumentation.

Dokumentationen är viktig, den ska vara enkel och tydlig och är en del i patientjournalen, det är nödvändigt att få bra rutiner för detta.

Majoriteten av de tillfrågade upplevde Smart Tag som ett användarvänligt prioriteringsverktyg och de ansåg att korten bör användas oftare i olika situationer jämfört med praxis idag

För att detta ska fungera är det önskvärt att korten användas redan i vardagen för att skapa användarrutiner och att personalen blir familjära med korten.

Tydliga riktlinjer från huvudmannen för när de ska användas efterfrågas.

## **Efterföljande diskussion**

Svårt att lägga ribban för när Smart Tag™ ska användas samt hur får man ”ihop” vardagens triage och den katastrofmedicinska triagen. Ett pedagogiskt problem med några praktiska problem och en utmaning att åstadkomma en attitydförändring hos personalen. I Västra Götalandsregionen kommer man att införa en dag i veckan då man skall använda Smart Tag™ för alla ambulansärenden.

Det är lite svårt att få ihop vardagens och de allvarliga händelsernas triagesystem några tycker att Socialstyrelsen borde ta ett större grepp om frågan och utreda frågan samt delta i utvecklingen.

## ***Tsunamikatastrofen –***

Abbe Schulman, CeFAM, Kris- och katastrofpsykologi.

Enheten har i olika skepnad verkat under 25 års tid och tagit fram den PKL-modell, som genom Socialstyrelsens Allmänna råd, 1991, fått genomslagskraft i hela landet. Enheten bedriver forskning, utbildning, tar fram och medverkar vid övningar. I SLL kommer ny psykologisk kunskap från bl.a. tsunamiforskningen samt resultat från en avslutad PKL-utredning att ligga som underlag för den framtida psykologiska kris- och katastrofberedskapen i Stockholms läns landsting.

Problem och utmaningar vid stora olyckor och katastrofer:

- Målet med psykologiskt och socialt stöd saknas ofta
- Psykologiskt och socialt stöd på sina håll sekundärt och värderas lågt
- Oklart om vem som tar beslut om hälso- och sjukvårdsinsats
- Brister i information till allmänheten, drabbade och organisationer
- Tillitsbrist som konsekvens

Oklarheter i övergång mellan olika delar av en insats (räddningstjänst, sjukvård och polis) både i övning och skarp händelse, vidare vem som tar vilka beslut och hur olika delar i insatsen betonas/belyses. Ett problem och alltid återkommande är bristen på information vid inträffade händelser och övningar. Allt detta påverkar det psykosociala insatserna efter en allvarlig händelse och det i sin tur påverkar de drabbades hälsa eller uppfattning av ohälsa.

CeFAM har deltagit i de uppföljningar som är gjorda efter Tsunamikatastrofen, dels den stora enkätstudien som genomförts 14 månader och 3 år efter katastrofen. Vidare har CeFAM gjort

uppföljning av drabbade som bor i Stockholms län. I en kommun studerades de psykologiska och sociala insatserna vid två händelser, en bussolycka och tsunamikatastrofen. Samma krisplan användes av kommunens krisledning vid båda händelserna. I studien intervjuades kommunens ledning, ledning på utförarsidan (sjukvården, socialtjänsten, skolan, Sv. Kyrkan), de som mötte tsunamidrabbade och de drabbade själva. Denna studie kommer under hösten att presenteras i form av en rapport. I en annan studie har 82 av 85 (slumpmässigt utvalda) tsunamidrabbade i Stockholms kommun telefonintervjuats. Bearbetning av data från denna studie har inte påbörjats.

### **Tsunamin, enkätstudie av stockholmare**

Man har gjort olika grupperingar av drabbade utifrån typ av exponering i 8 grupper från A till H. I grupp A (personer som varit i vattnet, upplevt livshot, förlorat närstående och själva blivit allvarligt skadade) hade 70-80%, 14 månader efter katastrofen, en sviktande psykisk hälsa. Intressant var att personer som upplevt livshot vare sig de stod i vattnet eller inte mådde psykiskt sämre än personer i kontrollgruppen H. Denna kunskap skulle kunna användas inom ambulanssjukvård och på akutmottagningar vid bedömning om det finns behov av psykologisk uppföljning.

Flera olika delar av bemötande, omhändertagande har analyserats, bl.a. mottagandet på Arlanda vid hemkomsten från Thailand. Genomgående ansåg de som fått medicinskt, psykologiskt och/eller socialt stöd att detta stöd varit betydelsefullt för dem. Ca 80 % eller mer var nöjda med det stöd de fick på Arlanda.

Efter hemkomsten erbjöds de hemvändande en rad olika stödinsatser i form av s.k formaliserat stöd från kommuner, särskilt upprättade vårdcentrum, primärvård, vuxen- och barnpsykiatri, socialtjänst, kyrkan, frivilligorganisationer, företagshälsovård, privata psykoterapeuter mm. Mest stöd fick man från sitt privata nätverk och man var också mest nöjd med detta stöd. Minst nöjd var man med stödet från psykiatrin (ungefär samma siffror som man brukar få inom psykiatrin vid enkäter om tillfredsställelse med vården).

Missnöje med stöd visade samband med sviktande psykisk hälsa.

Studie av stödgrupper för tsunamidrabbade i Röda Korsets regi. Deltagarna i grupperna upplevde:

- Starkt stöd
- Trygghet, delaktighet, gemenskap
- Struktur i tillvaron
- Ta del av andras erfarenheter
- Ökad förståelse av katastrofen

Men det fanns ingen tydlig metod. Arbetssättet behöver vidareutvecklas.

Studier efter katastrofer visar att 2/3 av de som varit direkt berörda av händelsen återhämtar sig snabbt under förutsättning att de får adekvat information och ett gott bemötande. Ytterligare 20-25 % återhämtar sig oftast efter att ha fått olika typer av formaliserat stöd. Ca 10 % eller mer beroende på händelsens art utvecklar allvarlig psykisk ohälsa (PTSD,

depression eller annan psykisk sjukdom) och de är i behov av kvalificerad psykologiskt/psykiatriskt stöd.

## **Lärdomar**

- Psykiskt och socialt stöd måste beaktas i all planering
- Ansvar för sjukvårdsinsatsen måste ligga på sjukvården.
- Anamnes för exponering måste göras av alla drabbade, skadade som oskadade
- stöd måste behövsanpassas, men alltid gott bemötande, snabb, adekvat och korrekt information.
- Varierat utbud av stödinsatser
- Psykisk hälsa påverkas av stödinsatser
- Missnöje med stöd har samband med sviktande psykisk hälsa och tillitsbrist
- Beakta riskgrupper ( barn- och familjeperspektivet).

## **Efterföljande diskussion**

Vid diskussion om missnöje av mottagande och behandling måste tydliggöras för att minimera efterföljande problem med hälsa/ohälsa.

I Sverige har man stora förväntningar på stöd- och hjälpinsatser i samband med allvarliga händelser. Detta gäller både medicinskt, psykologiskt och socialt omhändertagande/behandling/åtgärder.

Posttraumatiskt stressyndrom, kvaliteten på vardagsomhändertagandet avspeglas vid omhändertagandet vid katastrofer, det vi gör i vardagen blir detsamma vid allvarliga händelser.

Skillnaden mellan troende och ateister, man ser en skillnad, de troende klarar sig bättre. Någon uppföljning av detta är inte gjord i Sverige men internationellt har detta gjorts.

Upprepade trauman, lär vi oss något t.ex. om man utsatts för upprepade rån. Om man kan ta lärdom av händelser.