

Katastrofmedicinens utveckling speglar samhället

När emeritusprofessor Pär Slätis talar om hur olycksfalls- och katastrofmedicinen har utvecklats sedan 1950-talet flimrar Finlands nutidshistoria förbi. Själv har han upplevt en era då inte ens de stora sjukhusen hade fungerande akutmottagningar. Akut- och katastrofmedicinens framsteg har en stark koppling till hur arbetsliv och trafikultur har förändrats och inte minst till den tekniska utveckling, som framför allt rymdforskningen satte fart på.

Katastrof definieras som en situation där de tillgängliga resurserna är otillräckliga i förhållande till vårdbehovet, vilket gör det svårt att tillämpa normala kvalitetskrav för medicinsk behandling trots adekvata åtgärder.

Med stora olyckor avses situationer där särskilda åtgärder och mobilisering av tillgängliga resurser möjliggör adekvat behandling.

– Om man analyserar katastroffallen över tid ser man att naturkatastroferna är ungefär lika frekventa som under tidigare sekler. De senaste två decennierna har deras andel varit cirka en tredjedel, medan stora olyckor som orsakats av människan har ökat markant de senaste 25 åren, påpekar Slätis.

Som naturkatastrofer klassas över-
svämningar, jordbävningar, vulkan-
utbrott, orkaner och smittsamma
sjukdomar.

Stor förändring

Redan under sin utbildning på 1950-talet märkte Pär Slätis att han mest intresserade sig för olycksfallskirurgi och ortopedi.

– När jag började som assistentläkare på Tölö sjukhus år 1960 levde vi kvar i 1940- och 50-talens olycksfallsvård. Då fanns det inga klara riktlinjer för hur olycksfall skulle tas om hand. Begreppet katastrofmedicin var okänt.

Till det fanns många orsaker.

– Den akuta sjukvården genomlevde då en kritisk fas. Det rådde brist på sjukhusplatser och kirurger och det fanns inte tillräckligt mycket samlad kunskap.

Samtidigt befann sig Finland i ett livligt återuppbyggnadsskede efter kriget. Många flyttade söderut för att söka arbete. Bristen på sjukhusplatser blev svår och det krävdes stora sjukhus-satsningar för att modernisera vården.

Helsingfors universitetets central-sjukhus grundades år 1957, komplexet i Mejlans stod klart år 1966. Röda Korsets sjukhus såldes till Hucs år 1958, ombildades sedan till olycksfallssjukhus och fick år 1960 namnet Tölö sjukhus. Sjukhuset omfattade då den neurokirurgiska kliniken och den nybildade ortopediska och traumatologiska kliniken. Samma år fick sjukhuset ansvaret för olycksfallsvården i Helsingfors och Nyland.

Fylldes snabbt

– Trycket på Tölö sjukhus växte genast så kraftigt att man blev tvungen att flytta bort kontorspersonalen för att få rum för alla olycksfall i sjukhuskroppen, minns Slätis.

Tölö sjukhus första chef professor K.E. Kallio tog effektivt hand om olycksfallsundervisningen.

– Under 1960-talet utvecklades kirurgisk teknik och undersökningsteknik snabbt. Både de kliniska undersökningarna och den operativa kunskapen förbättrades avsevärt.

Samtidigt hade trafiken fått ny karaktär. Det fanns allt fler bilar, men inga fartbegränsningar och bilbälten hade ännu inte slagit igenom. Följden blev ett accelererande antal trafikolyckor.

– Folk gjorde allt för att få ut så stor effekt som möjligt av sina bilar.

Även arbetsolycksfallen ökade drastiskt. Många nyinflyttade tog nästan vilket jobb som helst och arbetarskyddet var outvecklat. Människor föll ner från byggnadsställningar eller skadades i farligt fabriksarbete.

Allt detta gjorde att olycksfallsmedicinen utvecklades, vilket lockade många unga läkare, och också mig, säger Slätis.

Rymdteknik i vården

Han påpekar att 1960-talet var det decennium då människan landade på månen. Att Neil Armstrong inte bara kunde ta de berömda stegen på månens yta, utan att rymdexperterna dessutom fick honom tillbaka hem var nästan obegripligt, konstaterar Slätis, och tillägger:

– Den teknik som behövdes för månfärder kunde intensivvårdsavdelningar småningom dra nytta av. Plötsligt fanns det mätinstrument för att undersöka en mängd mänskliga funktioner.

Senare tillkom nya bildundersökningsmetoder såsom magnetröntgen och andra avancerade röntgentekniker, så att man på några minuter kunde bilda sig en uppfattning om problemens vidd.

Bara genom att titta på röntgenbilder från anno dazumal inser man hur enorm utvecklingen har varit, säger Slätis.

Stark press

– Katastrofmedicinen är en viktig fråga. Om katastrofkirurgi också borde bli en egen specialitet i utbildningen diskuteras nu, konstaterar Slätis. Motståndarna



Det är viktigt att katastrofmedicinens utbildningsbehov diskuteras, men frågan är om det lönar sig att utbilda katastrofkirurger. Att arbeta under ständig press är tungt, säger professor em. Pär Slätis.

påpekar att det är tungt med ett arbete där man ständigt måste göra sitt yttersta.

En kompromiss kunde vara att katastroffallen dirigeras till kirurgiska avdelningar med vanliga patienter, men med en större reserv av operationssalar och bäddplatser i händelse av katastrof.

Den kompetens som krävs för att ta hand om stora olyckor har förbättrats i snabb takt. Stora, akuta ingrepp görs allt oftare. Slätis påminner om att anledningen inte bara är yttre våld, stora olyckor och naturfenomen, utan att det

också måste finnas snabb beredskap när avancerad kirurgi plötsligt går snett.

– I dag finns det ett växande behov av akut hjälp vid svåra, postoperativa komplikationer.

Slätis håller alltså med Ari Leppäniemi, expert på finländsk katastrofmedicin, som i en artikel i januari i år i British Journal of Surgery framhöll, att sjukhusorganisationen och utbildningen måste skapa beredskap, så att katastrofmedicinerna också har resurser att ta hand om akut sjuka och skadade patienter

från sjukhusens egna produktionslinjer.

Det kräver en omorganisation av både den kirurgiska vården och av trauma-vården, konstaterar Slätis. Numera görs stora ingrepp på ett växande antal patienter. I allmänhet går allt bra, men när något oförutsett inträffar måste operationssalar och personal snabbt frigöras för räddningsaktioner.

Stor apparat

Att hitta fungerande lösningar är angeläget, inte minst för att egentlig katastrofmedicin kräver medverkan av hela samhällsmaskineriet; armén, polisen, räddningstjänsten och hela sjukvårdsorganisationen.

Hur krävande sådana aktioner är vet alla med minsta erfarenhet av katastrofarbete.

– Först har man i regel en mycket diffus bild av det skedda. Redan vid en större bussolycka tar det tid innan man vet vad som egentligen har hänt. Hur ser skadorna ut? Borde man föra ut medicinsk hjälp till olycksplatsen eller går det att snabbt transportera alla skadade till sjukhus?

En viktig fas när hjälpen organiseras är att snabbt avgöra i vilken ordning patienterna ska tas om hand. Den uppgiften sköts i regel av den erfarnaste kirurgen. Det är också sådana erfarenheter som gett honom den nödvändiga kompetensen att planera både utbildning och sjukhusorganisation.

Själv minns Pär Slätis fabriksexplosioner, tåg- och bussolyckor, fabriksolyckor med överhettad ånga som rusat ut över arbetande människor och naturligtvis en jämn ström vanliga olycksfall, men han har besparats från arbetserfarenhet av stora naturkatastrofer och krig.

När han ser tillbaka gläder han sig över framstegen.

– I början av min bana var det övermäktigt till och med för stora sjukhus som Tölö, Maria sjukhus och Kirurgen

att ta emot en jämn ström av olycksfall. När vi analyserade situationen i landets sjukvårdsdistrikt visade det sig, att praktiskt taget alla centralsjukhus hade samma problem: Det kom fler patienter till akuten än man hade planerat.

Tölö sjukhus blev det sjukhus som först byggde om sin sjukhuspoliklinik för att ta emot akutfall, men det var först på 1980-talet som alla större sjukhus hade fått fungerande akutintag. Samtidigt organiserades arbetet om så, att olycksfallen kunde få vård omedelbart.

Stimulerande

Själv anser professor Slätis att han varit lyckligt lottad som haft goda lärare och kunniga kolleger. Det har gett arbetet stimulans.

– I kraft av aktuella tjänsteinnehav och lämplig erfarenhet har jag sedan haft förmånen att planera vården.

Men min egen roll inom finländsk katastrofmedicin? Inte har jag tänkt så mycket på den!

Fast sedan tillägger han med illmarig min:

– Det bästa som finns är att allt fungerar, det nästbästa är att alla är nöjda!

Text Mardy Lindqvist

Foto Karl Vilhjälmsen

Profil

Professor emeritus Pär Slätis, 82, är ortoped och traumatolog. Från 1985 till 1993 var han chefläkare på Invaldstiftelsens ortopediska sjukhus, numera Orton, och 1993–95 dess verkställande direktör.

Hans publikationer har inte bara behandlat ortopedi och traumatologi utan även trafikmedicin och han har haft många sakkunnig- och förtroendeuppdrag, bland annat som ordförande för Ortopedföreningen i Finland 1987–91.

Familjen består av hustru, fyra barn och fem barnbarn.

Fritidsintressena är teckning, målning, segling och musik.