

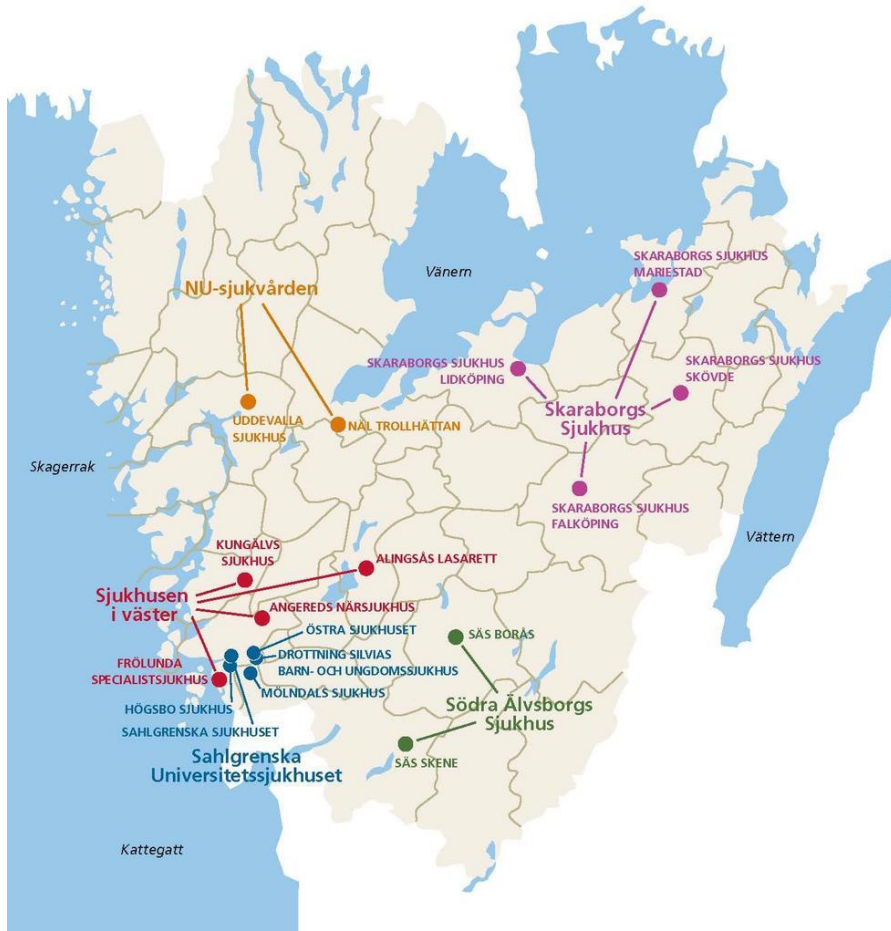
Hälso- och sjukvårdens beredskap och dess utmaningar

Joachim Lindqvist

Regional Chefläkare med ansvar för beredskap,
Regional Beredskapsläkare,
Överläkare Anestesi och Intensivvård
Avd. Patientsäkerhet och Medicinsk krisberedskap
Koncernkontoret, VGR
Email: joachim.lindqvist@vgregion.se



VÄSTRA GÖTALANDS REGIONEN SJUKVÅRDSORGANISATION OCH DESS BEREDSKAPSDELAR



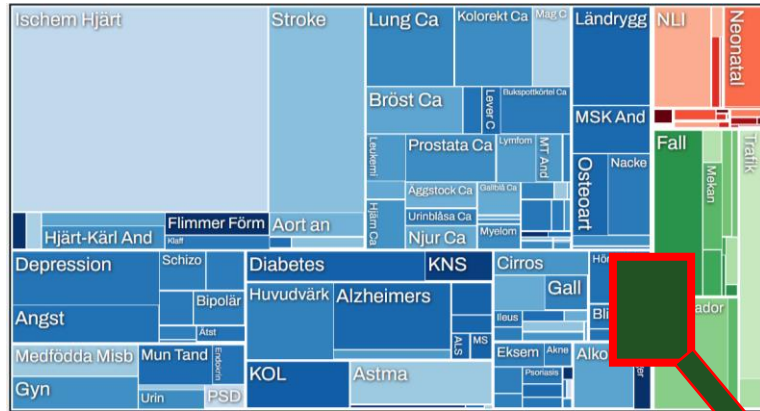
- **Regional "strategisk" beredskapsorganisation**
 - *Avdelningen för Säkerhet och Beredskap – ASB*
 - *Avdelningen för Patientsäkerhet och Medicinsk Beredskap*
- **Regional "operativ" händelsehantering på mandat av regiondirektören**
 - *Regional TiB (RTiB) 24/7*
 - *Regional Beredskapsläkarjour (RBL) 24/7*
 - *Regional Chef i beredskap (RCiB)*
- **Lokala "strategisk" beredskapsorganisationer**
 - 5 sjukhusförvaltningar varsin beredskapsorganisation
- **Lokal "operativ" händelsehantering**
 - 5 L-TIB
 - 5 Jourhavande Sjukhusdirektör (JSD)

- 1,8 MILJONER INVÅNARE i 49 KOMMUNER (dvs nästan 20% av Sveriges befolkning)
- VGR HAR ca 56000 medarbetare varav 37000 i HoS
- VGR har 17 SJUKHUS
 - 7 AKUTSJUKHUS öppet dygnet runt
 - 1 AKUTSJUKHUS öppet dagtid
- Ca 210 vårdcentraler (egen verksamhet och kontrakterade)

Hälso- och Sjukvårdens utveckling

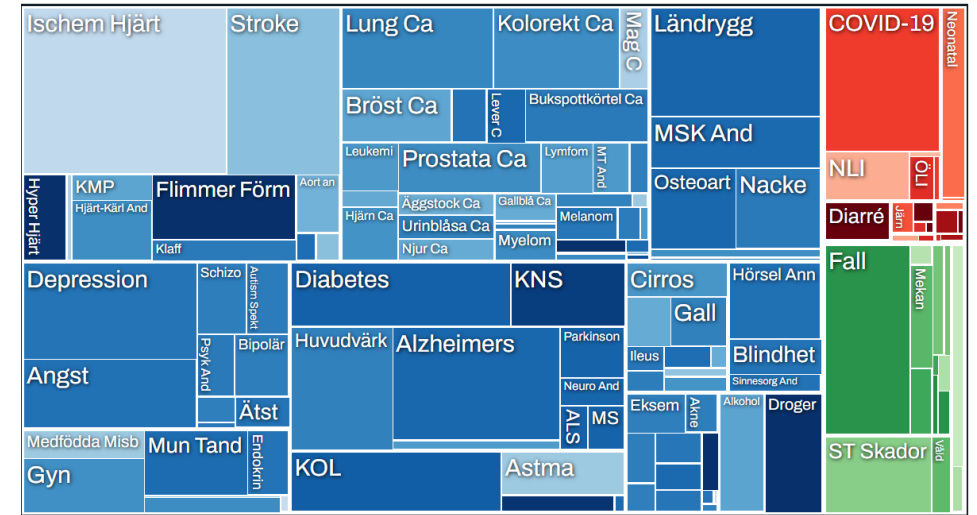
Global burden of disease, *The Institute of Health Metrics and Evaluation, IHME*

Sverige 1990



BNP ~8%

Sverige 2021



BNP ~11%

Beredskapsbudget för att kunna omhänderta kriget?

Läkartidningen IVA platser i Sverige

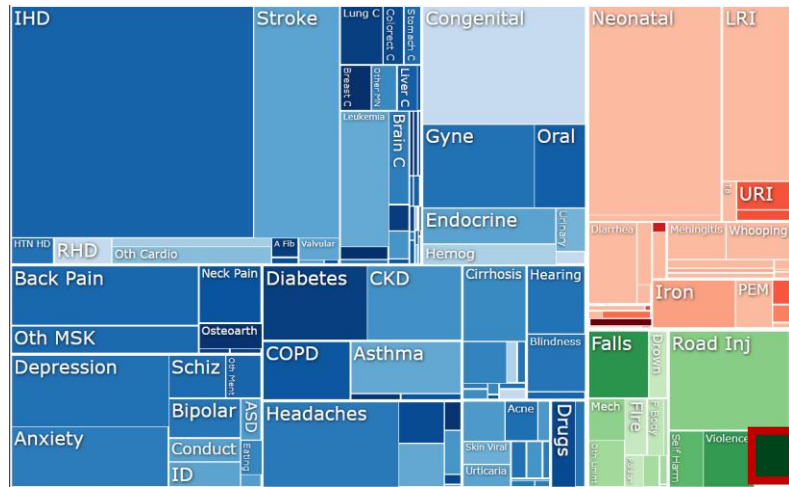


1993	2022
Civilt: 1300	Civilt: ca 500
Militärt: 900	Militärt: 40
Buffert: 2100	Buffert: 0
Totalt: 4300	Totalt: 540

Exempel på hur krig förändrar uppdraget för Hälso- och Sjukvården

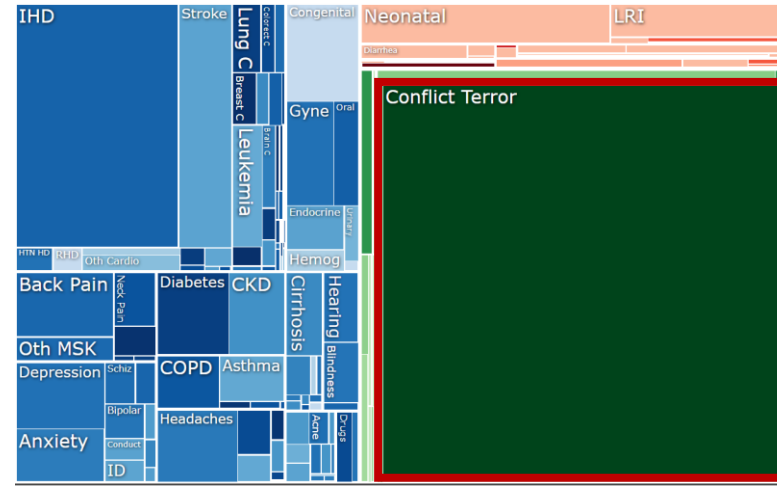
Global burden of disease, *The Institute of Health Metrics and Evaluation, IHME*

Syrien 2008



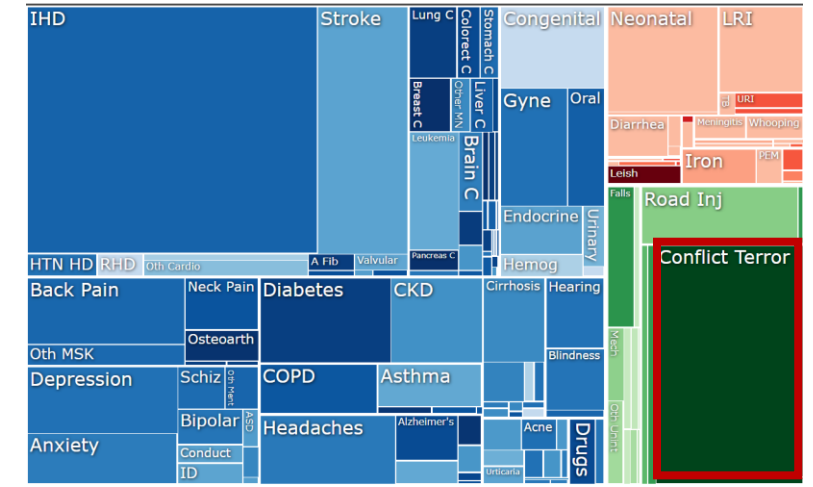
Före kriget i Syrien

Syrien 2015



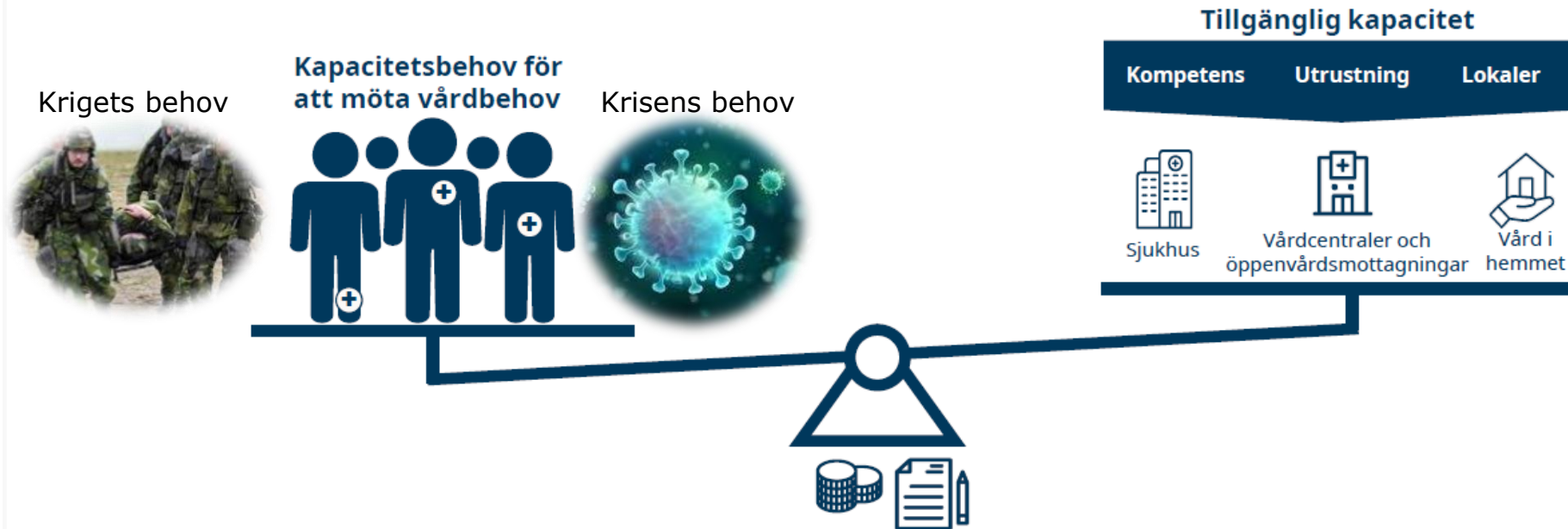
Under de mest intensiva perioderna i
Syriens inbördeskrig

Syrien 2019



Senaste bedömning av Syriens
sjukvård

Beredskapsbehov vs kapacitet inom Hälso- och sjukvård



Beredskapen inom Hälso- och sjukvården 50-80-talet byggde på 4 pelare, några har förstörts av andra och andra har vi själva monterat ned då det säkerhetspolitiska läget såg annorlunda ut

- **Konventionsskydd** (Genève-konventionen ansågs respekteras av fiender)
 - **Decentralisering** (Redundans och resiliens inom Hälso- och sjukvårdsproduktion vs effektivitet och bäst kvalitet)
 - **Byggnadstekniska skydd** (Skyddade utrymmen fanns inom vårdbyggnader men även planering för alt. platser)
 - **Beredskapsplanering** (Ex. Beredskapslagring av materiel, vårdriktlinjer i krig, utbildning/övning osv)
- Förändrad säkerhetspolitiskt läge och "ny-gamla" hotbilder med förändrade vårdbehov kräver förändrad organisation, förändrade prioriteringar och riktlinjer, förändrade inställningar hos patienter och medarbetare, samt annan utrustning, teknik, lokaler mm och mycket utbildning och övning.

Vår nuvarande förmåga är huvudsakligen baserad för vardagens förutsättningar – med viss kapacitet för kris eller katastrof – men inte kriget!

Faktisk förmåga?

Skillnader fred, katastrof och krig vid omhändertagande av traumapatienter		
Vardag	Kris/Katastrof i fredstid	Krig
<ul style="list-style-type: none"> • Traumavårdskedja av mycket högkvalitet i Sverige • En till några få skadade • Stora resurser satsas på enstaka patienter • Centralisering av högspecialiserad traumavård • Annan verksamhet påverkas ej 	<ul style="list-style-type: none"> • Många skadade • Kan kräva ändrade prioriteringar • Tillfällig omställning av resurser på sjukhuset • Andra funktioner fungerar normalt i samhället • Hjälp kan fås från andra regioner och länder • Alla skadade kan initialt ej tas till högspecialiserat traumacenter • Snabbt övergående 	<ul style="list-style-type: none"> • > 10.000-tals skadade • Hela samhället drabbat, svåra samhällsstörningar • > 3 månader • Brist på läkemedel, utrustning och förbrukningsmateriel • Beredskaps- och reservrutiner krävs (journaler, IT, el, drift, lokaler etc.) • Hjälp utifrån kan ej påräknas • Total omställning och ändrade prioriteringar • Traumafall omhändertas på lokalvårdinrättning

Var står vi idag och vilken beredskap skall vi erbjuda?

- Beredskapsarbete är tidskrävande och dyrt, så genom att lägga mindre resurser på krigsberedskap har vi kunnat lägga mer resurser på:
 - Ökad subspecialisering med alltmer avancerade behandlingar
 - Mer individanpassade läkemedel och behandlingsalternativ
 - Högre kvalitativa resultat

Likaså har det fört med sig;

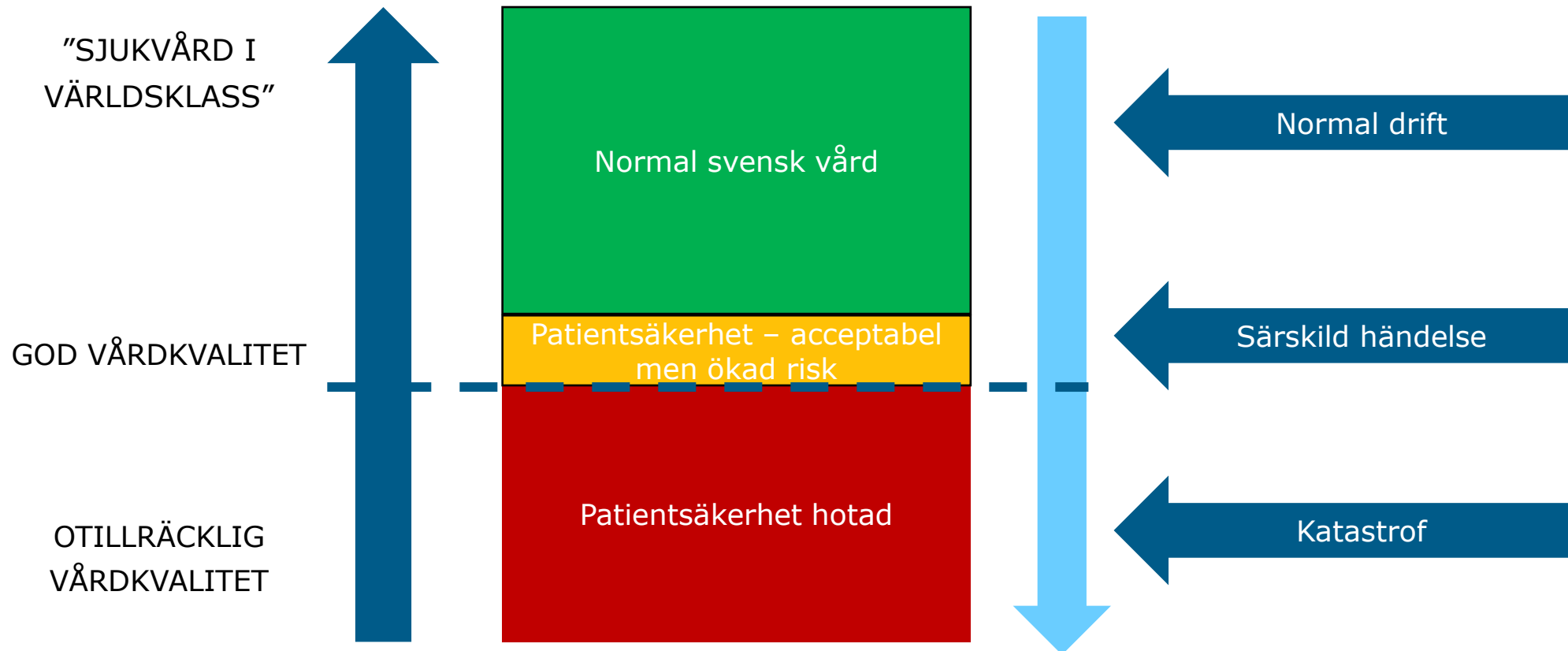
- Koncentration av vård till färre utbudspunkter
 - Högre grad av resursutnyttjande och "just in time" och därmed mindre "luft i systemet" att kunna nyttja vid en kris eller krig
- Sammantaget har det bidragit till att vi idag har en vård i världsklass, omvärldsläget tvingar oss dock att fundera över vilken vård vi skall bedriva vid kris eller krig, utifrån såväl kvalitets-, utbuds-, redundansperspektiv
- Vårdkvaliteten och organiseringen den vård vi bedriver i fred påverkar givetvis den vård vi ämnar utföra i kris eller krig påverkar varandra.

Svensk Hälsa- och sjukvård

Krav vs Fredstida produktion och kvalitet

Enligt HSL § 3 "skall regionerna erbjuda *god hälso- och sjukvård*"

KVALITET OCH BELASTNING INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRD STÅR I ETT OMVÄNT FÖRHÅLLANDE TILL VARANDRA



Ex. Hur den fredstida vården påverkar krisens vård

VÅRD I FRED – HÖGSTA KVALITET - ENSTAKA UTBUDSPUNKTER
– BRA I FRED MEN OERHÖRT SKÖRT SYSTEM I KRIG

Exempel:
"Golden standard"
"Sjukvård i världsklass"



Läkemedel A
Läkemedel B

PCI-lab

Ev. Thoraxoperation

Materiel 1, 2, 3, 4, 5....
Läkemedel D, E, F

Materiel 87, 88, 89....
Läkemedel G, H, I, J, K...

ST-
höjningsinfarkt

EXEMPEL PÅ STÖRNINGAR I KRIS ELLER KRIG

- Patienten kan ej transporteras till PCI-center / Thoraxkirurgiskt center
- Leveransstörningar av materiel
- El/vatten/IT har störningar
- Attacker mot utbudspunkter som förstör lokaler/utrustning eller kan inte trygga säkerhet för medarbetare

VÅRD I KRIS ELLER KRIG

*MED RÄTT UTBILDNING OCH RÄTT MATERIEL
KAN BEHANDLING AV "GOD" KVALITET
BEDRIVAS PÅ SJUKHUS/AMBULANS/VC ÄVEN I KRIG*

*DVS ÖKA ÖVERLEVNADEN FÖR BEFOLKNINGEN SOM
GRUPP GENOM ATT ÖKA TILLGÄNGLIGHET/REDUNDANS
ÄVEN OM DET INNEBÄR EN VISS SÄNKNING AV
KVALITET FÖR INDIVIDEN*

Läkemedel Y

Trombolys

BEHANDLAD
PATIENT

LITEN SKILLNAD
I KVALITET –
STOR SKILLNAD I
REDUNDANS OCH
KONTINUITET

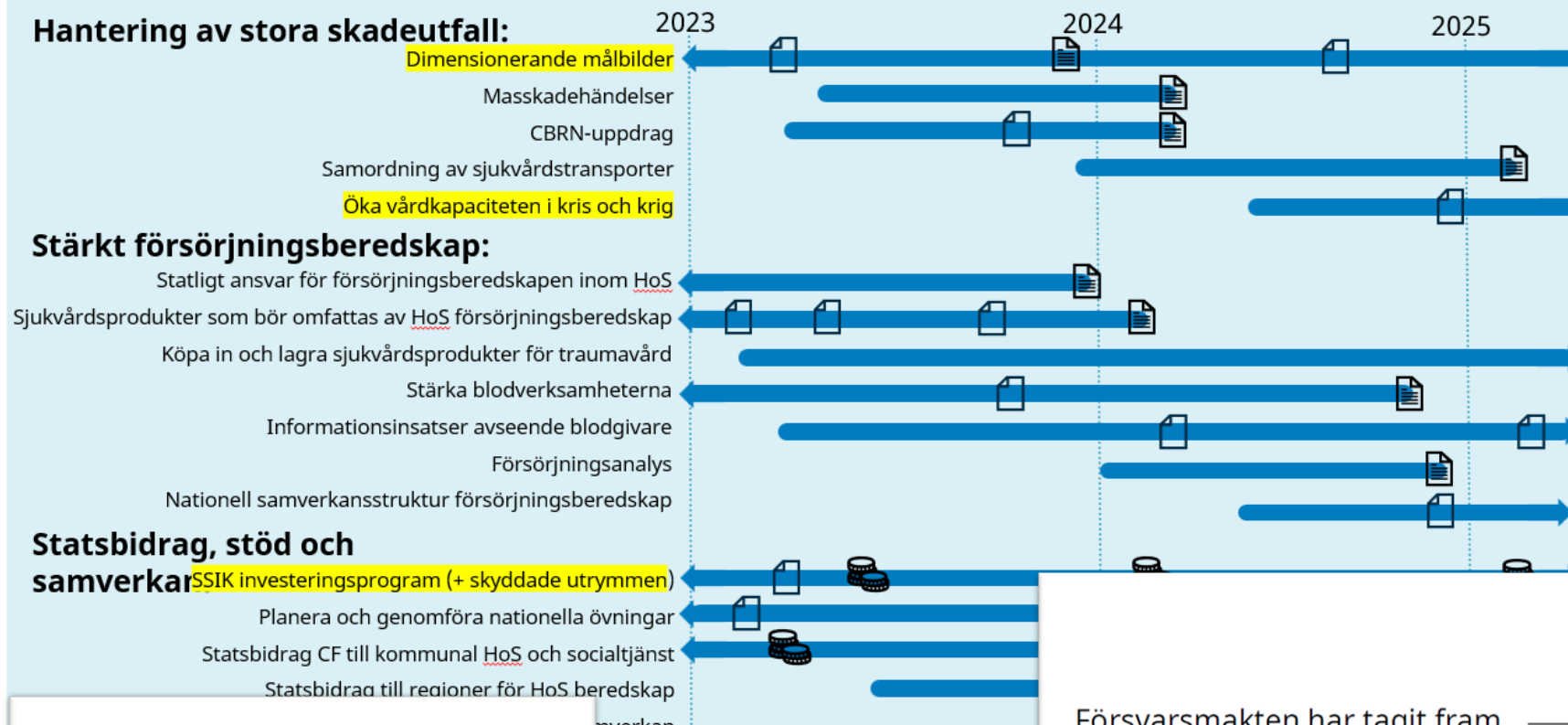
"Good standard"

NATIONELL GUIDNING – stora steg i rätt riktning!

2025-05-19

Socialstyrelsens regeringsuppdrag

Slutredovisning Delredovisning Statsbidrag



Försvarsmakten har tagit fram → Militärt skadepanorama och skadeutfall

Regioner använder FOI:s modell → Civilt skadepanorama och skadeutfall

Regioner kompletterar med → Basvårdbehov trauma

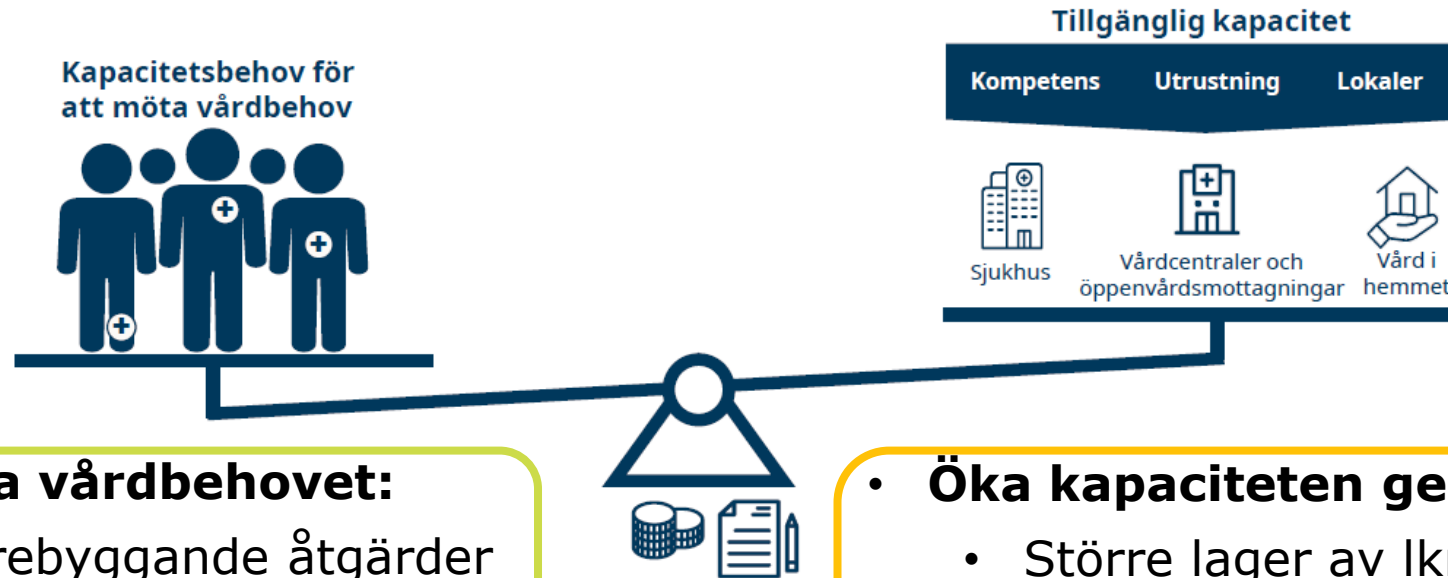
FÖRSVARSMAKTEN Socialstyrelsen FOI

Försörjningsberedskap för läkemedel 2025

Hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar 2024

Ändringsöverenskommelse mellan staten och regionerna om medicintekniska produkter och personlig skyddsutrustning

Hur löses gapet mellan behov och tillgängliga resurser?



• Minska vårdbehovet:

- Förebyggande åtgärder
- Skyddade utrymmen

EFFEKT
ENDAST
VID
ANGREPP

• Öka kapaciteten genom:

- Större lager av Ikm/utrustning
- Mer kompetens - personal
- Fler/alternativa lokaler

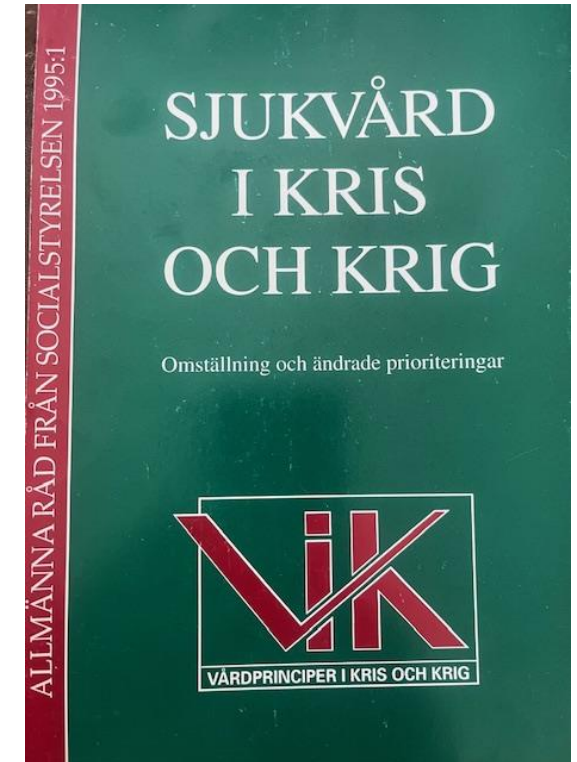
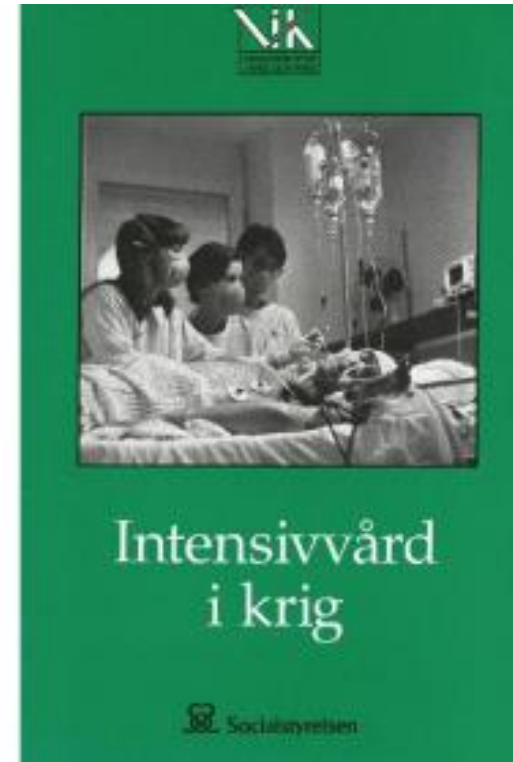
GOD
EFFEKT
MEN
DYRT

• Förändra vårdutbud:

- Sänka kvalitet
- Prioritera till senare
- Ransonera bort

MYCKET SVÅRT,
MENTALT, POLITISKT,
JURIDISKT OCH INTE
MINST ETISKT

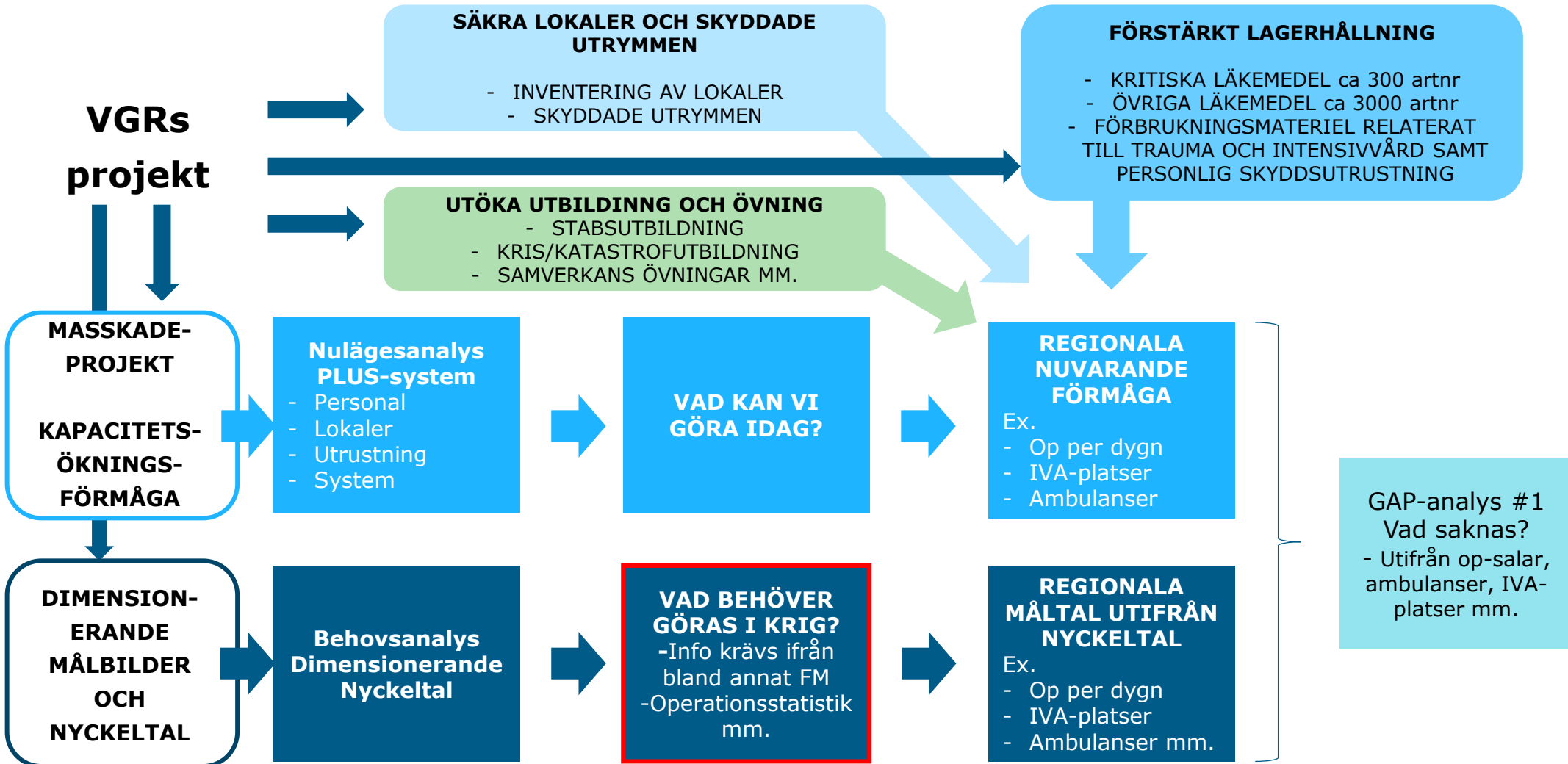
Hur kan vi lära av de som levt med hotbilden av krig i 40 år?



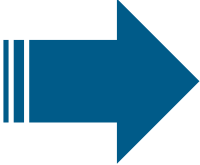
- PERSONAL – Hur får vi dem att räcka till och hur skall vi utbilda/öva dem?
- LOKALER – Vilka alternativa lokaler har vi, hur skall vi skydda våra lokaler och vilken vård skall vi bedriva var?
- UTRUSTNING – Vilken utrustning skall vi ha? Engångs vs Flergångs, Antal läkemedels alternativ osv?
- STYRNING – Hur skall vi styras/ledas – vilken vård skall bedrivas – vad skall inte bedrivas?

HUR ARBETAR VI I VGR?

DIMENSIONERING AV VÅRDBEHOV – VAD ÄR BEHOVET?
RESURSER/FÖRMÅGOR – VAD ÄR VÅR KAPACITET IDAG?

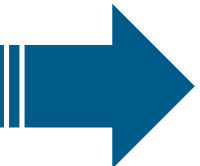


Teoretisk modell för hur vi behöver arbeta annorlunda



VGRs projekt Dimensionerande målbilder och nyckeltal

Uppdrag i fredstid



Uppdrag i krig



VGRs projekt SFIK+PFIK



SVÅRASTE NÖTTERNA ATT KNÄCKA – EN LAGOM BALANS MELLAN FREDSTIDA MÅL OM KVALITET OCH INDIVIDANPASSNING, OCH KRIGETS MÅL OM ATT FÅ VÅRDEN ATT RÄCKA TILL, VARA ROBUST OCH REDUNDANT!

- **NATIONELLA REKOMMENDATIONER OCH RIKTLINJER FANNS OCH BEHÖVS IGEN!**
- VAD ÄR EN BRA BALANS MELLAN SUBSPECIALISERING OCH ATT VARA GENERALIST?
- VAD ÄR EN BRA BALANS MELLAN FREDSTIDA KONCENTRATION FÖR ÖKAD KVALITET OCH KRIGETS DECENTRALISERINGSBEHOV FÖR ATT SKAPA REDUNDANS OCH RESILIENS?
- VILKEN VÅRD SKALL BEDRIVAS OCH AV VILKEN KVALITET? Ex. ifrån 80-talet...
 - “Vårdkapacitet friställs genom att totalt ungefär en tredjedel av antalet fredsmässiga operationer uppskjutes eller uteslutes.”*
 - “Detta kan åstadkommas genom att endast patienter med kirurgisk botbar tumörsjukdom eller akut livshotande komplikationer som kräver ingrepp intages...”*
 - “Enligt socialstyrelsens rapport...bör som allmän riktlinje gälla, att nedanstående patientgrupper med hjärinfarkt eller ischemisk hjärtsjukdom INTE tas in på HIA eller intensivvård...”*
 - *Patienter >65 år eller som har annan svår sjukdom*
 - *Patienter med anamnes på avsevärd hjärtinkompensation (t.ex. hög diuretikados)*
 - *Patienter med mer än två tidigare infarkter*
 - *Patienter som varit smärtfria i 24 timmar eller att brsm <1 timma....*
 - *Patienter i kardiogen chock”*

Utmaningar och vad vi alla kan göra

• Förväntningar & Förståelse

- Diskutera vad Ni kan göra om resurserna inte räcker till – och vad Ni kan räkna med att möta i krig och fredstida kris?

• Balans i målkonflikter

- Hur ser Ni på generalister vs superspecialister, vad är Ni villiga att offra i kvalitet för ha en bättre beredskap (redundans/robusthet/resiliens)

• Nya idéer kring beredskap

- Hur kan vi arbeta på andra sätt?
- Hur skall vi organisera oss lokalt/regional?

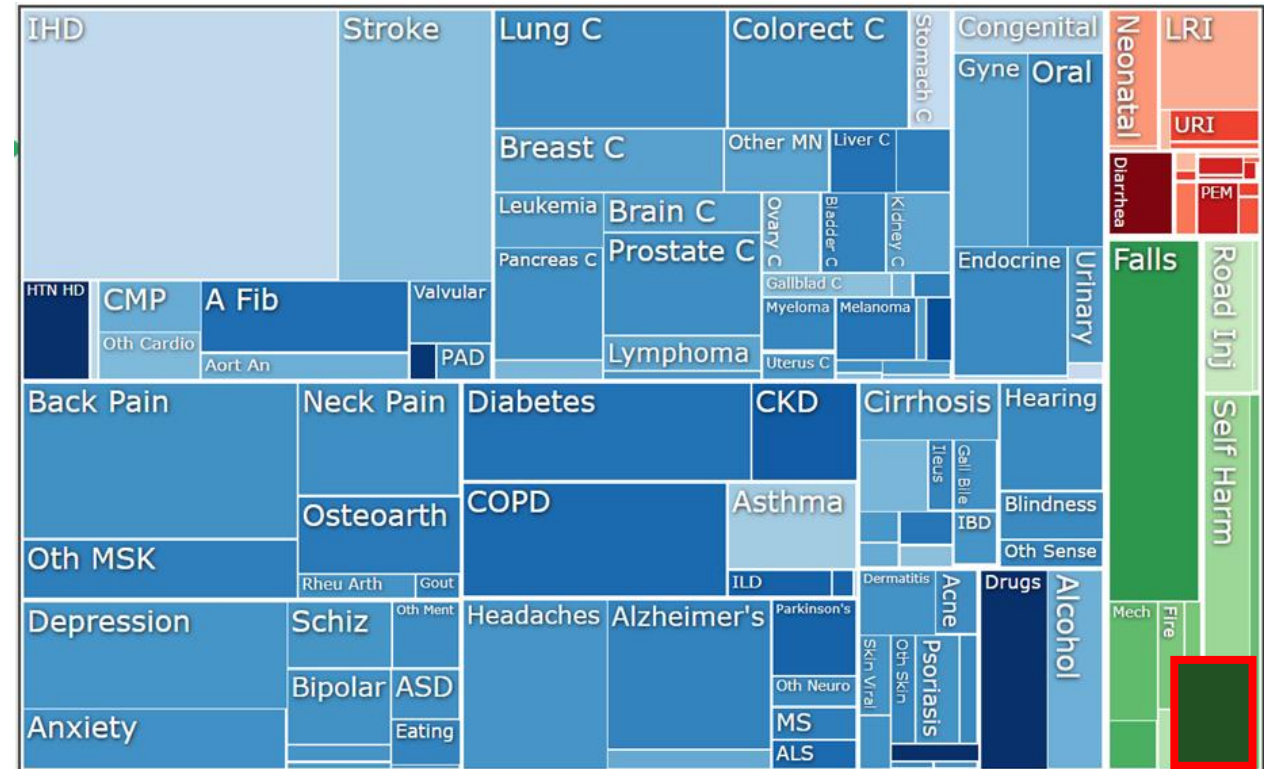
• Ekonomiska resurser

- Diskutera hur gör vi mer, med mindre resurser

• Lagstiftning och enighet

- Identifiera vad som inte fungerar, och skicka uppåt i organisationen, justera styrdokument mm.

Beredskapsmål Sverige...2030?



Vårt gemensamma mål
måste vara



Tack!

Joachim Lindqvist

Regional Beredskapsöverläkare VGR
Medicinsk rådgivare, Koncernkontoret VGR
Överläkare i Anestesi och Intensivvård

Kontakt: joachim.lindqvist@vgregion.se