

Handlingar

till mötet med
styrelsen för NU-sjukvården

25 september 2015

Föredragningslista

Sammanträde med Styrelsen för NU-sjukvården den 25 september 2015

Plats: Konferensrum Flygeln, Administrationscentrum NÄL

Tid: Kl. 09:30 (politiskt förmöte kl 08:30, lokal Cellon, NÄL)

Inledande formalia

- Mötets öppnande
- Upprop
- Val av justerare (i tur att justera: Anders G Högmark, ersättare Yngve Johansson)
- Justeringsdatum: 2015-10-09

Beslutsärenden

1. Delegeringsärenden (bilaga)
Diarienummer NU 8-2015
2. Anmälningsärenden (bilaga)
Diarienummer NU 7-2015
3. Delårsrapport augusti 2015 (handling utsändes senast tisdag)
Föredragande: Sven Florström
Diarienummer NU 22-2015
4. Tilläggsöverenskommelse 2015:2 (bilaga)
Föredragande: Sven Florström
Diarienummer NU 221-2014
5. Strategiska utrustningsinvesteringar (handling utsändes senast onsdag)
Föredragande: Sven Florström
Diarienummer NU 237-2015
6. Inriktning för budget och verksamhetsplan 2016 (bilaga)
Föredragande: Sven Florström
Diarienummer NU 236-2015
7. Yttrande över motion ”Motion av Ann-Christine Andersson (S)
om skillnader i förskrivning av NOAK-läkemedel och Waran” (bilaga)
Föredragande: Lars Wiklund
Diarienummer NU 165-2015

8. Remissyttrande ”Regional katastrofmedicinsk beredskapsplan för Västra Götalandsregionen” (bilaga)
Föredragande: Anders Kullbratt
Diarienummer NU 226-2015

Informationsärenden

- A. Information från presidiet
- B. Information från sjukhusdirektören
-Åtgärder för verksamhet i balans, återrapport
- C. Information från planeringschefen
-vattenläcka NÄL
- D. Lägesrapport – arbetet med vårdöverenskommelsen
Föredragande: Sven Florström
- E. Information från områdeschef område III
Föredragande: Majvor Martinsson
-konsekvensbeskrivning avdelning 70 (bilaga)
- F. Ärendeplan
- G. Övrigt
- H. Intern kontroll
Föredragande: Sven Florström

Marith Hesse

Ordförande

Tänk på miljön

Res gärna kollektivt (www.vasttrafik.se).

Ärende 1

Anmälan av delegeringsbeslut vid styrelsens sammanträde 25 september 2015

Förslag till beslut

Styrelsen för NU-sjukvården beslutar följande:

1. Sammanställningen över delegeringsbesluten läggs till handlingarna.

Ärendet

Följande beslut som fattas med stöd av delegering anmäls.

Ekonomi

- Upplägg/avslut av attester i NU-sjukvården, augusti 2015, dnr NU 14:70-2015.
- Träffa och säga upp tjänsteavtal, avtalslista 2015-09-14.

Fastighet

-

Kansli

- Avslag på begäran att lämna ut allmän handling, dnr NU 222-2015, 2015-08-24.

Personal

- Teckna lokala kollektivavtal om lön, förmåner och ersättningar i övrigt - Lokal överläggning angående tillämpningen av BAL 13 i NU-sjukvården, dnr NU 18:90-2015.
- Anställning av personal – Anställningsbeslut augusti 2015, 2015-09-16

Verksamhet

- Beslut rörande organisation av klinik och stab – Förändrad organisation i ledningskansliet, dnr 67-2015, 2015-09-07.

Ärende 2

Ärende 2

Anmälningssärenden 25 september 2015

Förslag till beslut

Styrelsen för NU-sjukvården beslutar följande:

1. Sammanställningen över anmälningssärenden läggs till handlingarna.

Inkomna skrivelser

- Gåvobrev GKN Aerospace – 11 000 kronor till barn- och ungdomskliniken på NÄL, dnr 227-2015, 2015-09-04.

Utgående skrivelser

-

Regionstyrelsen

-

Regionfullmäktige

-

Övriga styrelser och nämnder

-

Ärende 4

Tjänsteutlåtande

Datum 2015-09-14

Diarienummer NU 221-2014

NU-sjukvården/ledningskansliet

Handläggare: Peter Olsson

Telefon: 0730-29 84 76

E-post: peter.olsson@vgregion.se

Till Styrelsen för NU-sjukvården

Tilläggsöverenskommelse 2015:2 mellan NU-sjukvården och Norra hälso- och sjukvårdsnämnden

Förslag till beslut

Styrelsen för NU-sjukvården beslutar följande:

1. Styrelsen för NU-sjukvården godkänner tilläggsöverenskommelse 2015:2 mellan NU-sjukvården och Norra hälso- och sjukvårdsnämnden som reglerar volymer och ersättning avseende ventrikelcancer.

Sammanfattning av ärendet

Regionstyrelsen har fattat beslut om regiongemensam produktionsstyrning (2013-12-10, RS 2071-2012). Av beslutet framgår att operationer av ventrikelcancer ska koncentreras till SU och att operationer av rektalcancer ska koncentreras till NÄL, Skas/Skövde, SÄS/Borås och SU/Östra.

Denna tilläggsöverenskommelse reglerar volym och ersättning 2015. Från och med 2016 regleras volym och ersättning i vårdöverenskommelsen.

Patientens hemortssjukhus gör utredning av misstänkt ventrikel- eller rektalcancer. Efter beslut om åtgärd överförs patienten för operation. Justering av volymer och ersättning avser slutenvårdskostnaden för vårdtillfället och eventuellt efterföljande besök.

Justering av volymer och ersättning för NU-sjukvården framgår i nedanstående tabell.

Ventrikelcancer	Volym (antal)	Medelvikt DRG	Belopp (kr)
Från NU	-4	5,36	-620 366

NU-sjukvården

Lars Wiklund
SjukhusdirektörSven Florström
Ekonomichef

Bilaga

- Tilläggsöverenskommelse 2015:2

Besluten skickas till

- Diariet
- Norra Hälso- och sjukvårdsnämnden
- Sven Florström
- Maud Lindgren
- Peter Olsson

Dnr TÖK HSNX 2015-

Dnr VÖK
HSNX-xxx-2014

Tilläggsöverenskommelse 2015:2
mellan
Norra hälso- och sjukvårdsnämnden
och
NU-sjukvården

Bakgrund

Regionstyrelsen har fattat beslut om regiongemensam produktionsstyrning (2013-12-10, RS 2071-2012). Av beslutet framgår att operationer av ventrikelcancer ska koncentreras till SU och att operationer av rektalcancer ska koncentreras till NÄL, SKAS/Skövde, SÄS/Borås och SU/Östra.

Denna tilläggsöverenskommelse reglerar volym och ersättning 2015 för avlämnande respektive mottagande sjukhus. Fr o m 2016 regleras volym och ersättning i vårdöverenskommelsen.

Omfattning, volymer och ersättning

Patientens hemortssjukhus gör utredning av misstänkt ventrikel- eller rektalcancer. Efter beslut om åtgärd överförs patienten för operation. Justering av volymer och ersättning avser slutenvårdskostnaden för vårdtillfället och eventuellt efterföljande besök.

Justering av volymer och ersättning preciseras i nedanstående tabell.

Reglering av ekonomiska medel vid flytt av rektal- och ventrikelcancer

År	2015		2016	
	Rektal cancer	Ventrikel cancer	Rektal cancer	Ventrikel cancer
KS	-2 533 565		-3 378 086	
Alingås	-1 224 211		-1 632 281	
SÄS	1 339 666	-1 292 639	1 786 221	-1 723 519
NU		-620 366		-827 155
Skas		-1 079 804		-1 439 739
SU	2 623 495	3 132 609	3 497 994	4 176 812
Totalt	205 386	139 800	273 847	186 399
SUMMA PER ÅR		345 185		460 247
merkostnad totalt				

Grundförutsättningar

			2015	2016
	Antal	Medelvikt DRG	Kostnadsberäkning (75 % av helpriset)	Kostnadsberäkning (100 % av helpriset)
<u>Rektalcancer</u>				
Från Kungälv	-20	4,04	-2 533 565	-3 378 086
Till SU	20	4,04	2 623 495	3 497 994
Från Alingsås	-11	4,04	-1 224 211	-1 632 281
Till SÄS	11	4,04	1 339 666	1 786 221
Totalt Rektalcancer			205 386	273 847
<u>Ventrikelcancer</u>				

Tilläggsöverenskommelse mellan HSN N och NU-sjukvården

Från NU	-4	5,36	-620 366	-827 155
Från SÄS	-8	5,36	-1 292 639	-1 723 519
Från SkaS	-6	5,36	-1 079 804	-1 439 739
Till SU	18	5,36	3 132 609	4 176 812
Totalt Ventikelcancer			139 800	186 399
SUMMA			345 185	460 247

Ersättningsutrymme 2015

För NU-sjukvården innebär detta beslut följande förändring av ersättningsutrymmet:

Ersättningstak enligt tilläggsöverenskommelse	3 841 mnkr
Tilläggsöverenskommelse 2015:2 Ventrikel- och rektalcancer	-620 366 kr

Totalt ersättningstak	3 840 mnkr
-----------------------	------------

Underskrifter

Denna tilläggsöverenskommelse har uppnåtts mellan Norra hälso- och sjukvårdsnämnden och NU-sjukvården.

VÄSTRA GÖTALAND 2015-08-

HSN Norra

NU-sjukvården

Ulrik Hammar
Ordförande

Marit Hesse
Ordförande

Lars Wiklund
Sjukhusdirektör

Ärende 6

Tjänsteutlåtande

Datum 2015-09-18

Diarienummer NU 236-2015

Västra Götalandsregionen

NU-sjukvården/Ledningskansliet

Handläggare: Sven Florström

Telefon: 0702-089108

E-post: sven.florstrom@vgregion.se

Till styrelsen för NU-sjukvården

Inriktning för budget och verksamhetsplan 2016

Förslag till beslut

Styrelsen för NU-sjukvården beslutar följande:

- 1) Fastställa "Vidareutveckla samverkande sjukvård med vårdgrannar", som ett prioriterat mål i NU-sjukvårdens verksamhetsplan.
- 2) Notera informationen angående arbetssätt och inriktning för budget och verksamhetsplan 2016.

Sammanfattning av ärendet

NU-sjukvårdens viktigaste interna styrdokument på årsbasis utgörs av den årliga Verksamhetsplanen inklusive budget.

Verksamhetsplanen inom NU-sjukvården utgår från den av Regionfullmäktige beslutade budgeten samt NU-sjukvårdens Utvecklingsplan.

Utöver de av Regionfullmäktige fastställda strategiska mål, prioriterade mål 2016-2018 och fokusområden har respektive förvaltnings styrelse möjlighet att lägga till ytterligare två prioriterade mål. NU-sjukvårdens styrelse vill lägga till ett prioriterat mål:

- Vidareutveckla samverkande sjukvård med vårdgrannar

Förvaltningsledningen har gemensamt arbetat fram förslag till övergripande Verksamhetsplan för NU-sjukvården, innehållande:

- tre långsiktiga mål som sträcker sig till 2018
- tre övergripande strategier som beskriver hur vi når målen
- prioriterade aktiviteter under 2016 samt
- mål- och mätetal att användas vid uppföljning av våra mål

Det överordnade målet i verksamhetsplanen är en verksamhet i balans, vilket betyder att NU-sjukvården bara använder tillgängliga resurser. Detta mål är också vägledande vid förhandlingarna med HSN Norra.

Fortsatt beredning

Förankring av utkast till verksamhetsplan genomfördes den 18 september, vid en heldag för alla chefer inom NU-sjukvården.

Respektive område och verksamhet kommer att bryta ner övergripande verksamhetsplan och ta fram egna aktiviteter och måltal som stödjer våra strategier för att NU-sjukvården ska nå de långsiktiga målen.

Färdigt förslag till verksamhetsplan för NU-sjukvården läggs fram till styrelsen den 27 november för beslut.

NU-sjukvården

Lars Wiklund
Förvaltningschef

Sven Florström
Ekonomichef

Besluten skickas till

- Diariet
- Sjukhusledningen NU-sjukvården

Ärende 7

Tjänsteutlåtande

Datum 2015-06-15

Diarienummer NU 165-2015

Västra Götalandsregionen

NU-sjukvården/Ledningskansliet

Handläggare: Magnus Kronvall

Telefon: 076-107 10 35

E-post: magnus.kronvall@vgregion.se

Till styrelsen för NU-sjukvården

Yttrande över motion av Ann-Christine Andersson (S) om skillnader i förskrivning av NOAK-läkemedel och Waran

Förslag till beslut

Styrelsen för NU-sjukvården beslutar följande:

1. Styrelsen för NU-sjukvården föreslår att motionen avslås.

Sammanfattning av ärendet

Rubricerad motion föreslår en fördjupad analys av de skillnader i förskrivning av NOAK, (nya perorala antikoagulantia), som noterats mellan nämndområden.

NOAK är en grupp läkemedel som introducerats de senaste åren. Introduktionen har varit föremål för Ordnat införande och därmed också en fördjupad granskning av evidensläget för de nya läkemedlen och deras plats i behandlingsarsenalen. En prioritering utifrån kostnadseffektivitet görs också. Indikationerna för när NOAK är förstahandspreparat respektive när warfarin bör användas finns beskrivet i regionala medicinsk riktlinje. Det ordnande införandet med introduktionsfinansiering av NOAK kombinerades med ett mål om att höja den totala mängden patienter med antikoagulantabehandling eftersom det varit en underförskrivning i Västra Götaland. Nuvarande riktlinjer anger att warfarin fortsatt är förstahandsval för betydande patientgrupper.

I bilaga 2 ses andel NOAK uppdelat efter förvaltning, nämndområde och kommun redovisat för 2013, 2014 och kvartal 1 2015. Målet att öka total förskrivning nås, vilket är glädjande. Andelen NOAK ökar i alla förvaltningar, nämndområden och kommuner mellan åren, men från olika nivåer och i olika takt. Det finns således inget område där NOAK inte alls introducerats. Att det finns skillnad i tempot i införandet av ny metod, behandling eller nytt läkemedel är, med tanke på det komplexa system sjukvården och dess patienter utgör, inte förvånande eller ovanligt. Det är också viktigt att poängtera att det inte finns någon riktlinje för vilken andel som är rätt eller optimal. Inget område kan därmed sägas ha rätt eller fel andel. Eftersom introduktion pågår är det troligt att andelen NOAK kommer att fortsätta öka de närmaste åren, särskilt i områden med låg förskrivning, till en mer stabil nivå. Förskrivningsmönster följs i regionens ordinarie uppföljning, bland annat av ordnat införande.

Med tanke på att introduktion pågår och går i önskad riktning samt att ett jämnviktsläge ännu inte uppnåtts bedöms det för tidigt att göra en djupare analys av förskrivningsmönstret. Resultatet av en sådan utredning riskerar vara obsolet innan åtgärder vidtas.

Beredning

Beredning har gjorts av områdeschef Magnus Kronvall med stöd av Karin Nilsson, NU-sjukvårdens läkemedelsenhet.

NU-sjukvården

Marith Hesse
Ordförande

Lars Wiklund
Sjukhusdirektör

Bilagor

- Förskrivning NOAK warfarin_2013 2014 Q1 2015

Besluten skickas till

- Diariet
- Regionstyrelsen, regionstyrelsen@vgregion.se

2015-05-20

D nr. 166:10/2015

Datum 2015-05-19
Diarienummer RS 1642-2015

Handläggare:

Omr.chef omr I (MK)

Kopia:

Sjukhusdir (LW) ✓

Stabschef (A-SB) ✓

Sekr styrelsen (KA) ✓

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen
Södra hälso- och sjukvårdsnämnden
Norra hälso- och sjukvårdsnämnden
Styrelsen för NU-sjukvården
Primärvårdsstyrelsen

Motion av Ann-Christine Andersson (S) om skillnader i föreskrivning av NOAK-läkemedel och Waran

Regionstyrelsen har valt att remittera denna motion till rubricerade för yttrande. Av motionssvaret ska framgå nämndens/styrelsens synpunkter på om och hur motionsförslaget kan genomföras, eventuell tidplan, kostnader med mera. Någon mer omfattande utredning i sakfrågorna ska inte göras i samband med besvarandet av motionen. T.ex. vill motionären ha en utredning är det regionfullmäktige som avgör om utredningen ska göras efter att berörda nämnder/styrelser lämnat synpunkter.

Om motionens syfte redan är uppnått genom andra beslut ska detta redovisas och förslaget till beslut ska vara att motionen är besvarad, eventuellt med hänvisning till detta sakförhållande.

Förslagen till beslut kan alltså vara

- Motionen är besvarad
- Regionfullmäktige bifaller motionen
- Nämnden får i uppdrag att
- Regionfullmäktige avslår motionen

Om förslaget till beslut är att bifalla motionen ska det uppdrag som blir en följd av bifallet klart framgå i beslutsunderlaget. Vidare ska nämnden ges i uppdrag att återrapportera vidtagna åtgärder dels till motionären, dels till regionfullmäktige. Regionfullmäktige redovisar detta i samband med den årliga redovisningen av de motioner som är äldre än ett år.

Ingen nämnd/styrelse är överordnad någon annan nämnd vid framtagning av yttrande över en motion. Regionkansliet sammanställer de yttrande som har kommit in. Regionstyrelsens utskott har till uppdrag att bereda motioner som remitterats till utskotten, svara för eventuell remissammanställning och lägga förslag till beslut.

Motionssvaret ska tillsammans med protokollsutdraget mailas in till regionstyrelsen@vgregion.se senast den 31 oktober 2015. Ange vårt diarienummer.

Med vänliga hälsningar
Britt-Marie Gustafsson
mobil: 010-44 101 42



Motion om skillnader i förskrivning av NOAK-läkemedel och Waran i Västra Götalandsregionen.

2013 infördes nya läkemedel s.k. NOAK läkemedel som alternativ till Waranbehandling.

Warfarin (Waran) är förstahandsvalet i ambitionen att nå målet att alla patienter med förmaksflimmer ska få behandling med blodförtunnande läkemedel för att förebygga stroke.

Ordnat införande av nya läkemedel bereds av Program och prioriteringsrådet PPR och åtföljs av riktlinjer för hur det nya läkemedlet ska användas. Oftast har nya läkemedel berört relativt små patientgrupper men med införandet av de s.k. NOAK-läkemedlen berörs en väsentligt större grupp av patienter, de som behöver äta blodförtunnande preparat.

I Sverige har vi en välfungerande vårdverksamhet för när blodförtunnande preparat ska sättas in och hur uppföljning och kontroller ska se ut. Med det som bakgrund bedömdes att NOAK preparaten skulle beröra en mindre del av samtliga patienter i behov av blodförtunnande läkemedel.

Waran är ett gammalt och välkänt läkemedel för patienter i behov av blodförtunnande medel. Medicineringen innebär täta blodkontroller för att reglera dosen av läkemedlet. En annan nackdel, utöver blödningsrisk, är att patienten måste vara extra vaksam på sin kost.

Numera finns en ny typ av läkemedel, NOAK-läkemedel. Denna läkemedelsgrupp har fördelar, patienterna slipper täta blodkontroller, det räcker kanske med att ta ett blodprov/år och vederbörande kan också äta helt fritt, vilket ger livskvalitet.

Vi har med hjälp av HSN- kansliet i Göteborg tagit fram förskrivningsmönstret för NOAK läkemedel och Waran i regionen. Vi kan se att det finns betydande skillnader i förskrivningen mellan olika nämndområden men också skillnader inom nämndområden. Exempelvis kan vi se att den största andel av NOAK-läkemedel förskrivs i Askim-Frölunda-Högsbo och förskrivningen är lägst i Angered.

Förklaringen till skillnader i förskrivning kan självklart vara många såsom medicinska och demografiska skillnader. Men även skillnader som har sin grund i olika socioekonomiska förutsättningar kan vara en förklaring.

När vi i HSS lade fram ett yrkande om att närmare analysera skillnader i förskrivning var den politiska ledningens svar att sådana utvärderingar redan sker.

Vi ifrågasätter inte det men menar att just det faktum att de nya läkemedlen som NOAK utgör berör en väsentligt större patientgrupp motiverar en djupare analys för att se hur skillnaderna kan förklaras.



Vi menar också att en sådan analys bör ske nedbrutet på mindre områden än vad varje HSN utgör.

Jag föreslår regionfullmäktige besluta ge Hälso- och sjukvårdsstyrelsen i uppdrag:

-Att en analys av skillnader i förskrivning av Waran och NOAK läkemedel genomförs i enlighet med motionens intentioner.

Ann-Christine Andersson

Socialdemokraterna

Ärende 8

Tjänsteutlåtande

Datum 2015-09-18

Diarienummer NU

Västra Götalandsregionen

NU-sjukvården/Planeringsenheten

Handläggare: Anders Kullbratt

Telefon: 0709-41 55 85

E-post: anders.kullbratt@vgregion.se

Till styrelsen för NU-sjukvården

Remissyttrande – regional katastrofmedicinsk beredskapsplan för Västra Götalandsregionen

Förslag till beslut

Styrelsen för NU-sjukvården beslutar följande:

1. Styrelsen för NU-sjukvården ställer sig bakom framtaget yttrande avseende regional katastrofmedicinsk beredskapsplan

Sammanfattning av ärendet

En ny regional katastrofmedicinsk beredskaps- och krishanteringsplan är framtagen som ska gälla under innevarande mandatperiod. PKMC (prehospitalt katastrofmedicinskt centrum) inom Västra Götalandsregionen har skickat ut planen för remissyttrande till NU-sjukvården. Ett remissyttrande har tagits fram och summeras:

- Det är NU-sjukvårdens uppfattning att föreliggande remissutgåva behöver ytterligare bearbetning såväl till omfattning, innehåll som struktur.
- NU-sjukvården förordar en tydligare koppling och integration till regional krishanteringsplan.
- Det bör justeras och förtydligas i planen att det krävs beslut i krisledningsnämnden vid en extraordinär händelse för att ta över nämnders och styrelser verksamhetsområden.
- Vi föreslår att en vidareutveckling av föreliggande remissutgåva sker i närmare samverkan med respektive sjukvårdsförvaltningar och andra berörda i VGR.

Beredning

Förvaltningen har genom en intern remissrunda inhämtat synpunkter på föreliggande plan från kommunikationsavdelningen, säkerhet- och beredskapsenheten och chefläkare.

NU-sjukvården

Marith Hesse
Ordförande

Lars Wiklund
sjukhusdirektör

Bilaga

- Remissyttrande daterat 2015-09-14.
- Remissutgåva av Regional Katastrofmedicinsk Beredskaps- och Krishanteringsplan för Västra Götalandsregionen, dnr NU 226-2015

Besluten skickas till

- Diariet
- Mikael Wilhelmsson, mikael.wilhelmsson@vgregion.se
- Regionstyrelsen@vgregion.se

Remissyttrande

Datum 2015-09-14

Diarienummer 226/2015

Ert diarienummer

Mikael Wilhelmsson
Verksamhetschef Krisberedskap
Koncernkontoret, Regionens Hus Göteborg

NU-sjukvårdens remissyttrande avseende Regional katastrofmedicinsk Beredskapsplan

Sammanfattning av ärendet

En ny Regional Katastrofmedicinsk Beredskaps- och krishanteringsplan är framtagen som ska gälla under innevarande mandatperiod. PKMC (prehospitalt-, katastrofmedicinskt centrum) inom VGR har skickat ut planen för remissyttrande till NU-sjukvården. Förvaltningen har genom en intern remissrunda inhämtat synpunkter på föreliggande plan från kommunikationsavdelning, säkerhet och beredskap samt chefläkare. Ansvarig för sammanställning och summering har varit planeringschef Anders Kullbratt.

- Det är NU-sjukvårdens uppfattning att föreliggande remissutgåva behöver ytterligare bearbetning såväl till omfattning, innehåll som struktur.
- NU-sjukvården förordar en tydligare koppling och integration till regional krishanteringsplan.
- Det bör justeras och förtydligas i planen att det krävs beslut i krisledningsnämnden vid en extraordinär händelse för att ta över nämnders och styrelser verksamhetsområden.
- Vi föreslår att en vidareutveckling av föreliggande remissutgåva sker i närmare samverkan med respektive sjukvårdsförvaltningar och andra berörda i VGR.

Synpunkter

Planen är omfattande och består av stor textmassa, och till sin karaktär är planen mer deskriptiv med fokus på PKMC's uppgifter och uppdrag. Planens omfattning och upplägg riskerar att försvåra uttolkning vad som förväntas av respektive hälso- och sjukvårdsförvaltning.

NU-sjukvården anser att föreliggande plan bör ha en tydligare koppling till Västra Götalandsregionens krishanteringsplan. I tidigare avlämnat remissvar avseende "Krishanteringsplan för Västra Götalandsregionen 2015–2018" (diarienummer RS 1970-2014) uttryckte NU-sjukvården att en katastrofmedicinsk beredskapsplan med fördel kunde läggas som en bilaga till den övergripande regionala krishanteringsplanen. Vi vidhåller att detta är att föredra. Därmed kunde den

regionala planen avseende specifika katastrofmedicinska delen minska i omfattning och få tydligare fokus och struktur. Som ytterligare stöd för detta tolkar vi skrivning i enlighet med SOSFS 2013:22 där det i 3:e § står:

”Varje landsting ska ta fram en katastrofmedicinsk beredskapsplan. Den ska utarbetas med utgångspunkt i den plan som landstinget ska fastställa för varje ny mandatperiod enligt 2 kap. 1 § andra stycket lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap. Även andra planer av betydelse för den katastrofmedicinska beredskapen ska beaktas i arbetet”.

Det är viktigt att en Regional katastrofmedicinsk Beredskapsplan följer *ansvar-, likhet- och närhetsprincipen*. *Ansvarsprincipen* innebär enligt Regeringens skrivelse (2009/10:124) att den som har ett ansvar för en verksamhet under normala förhållanden även ansvarar under krissituationer. Ansvaret inkluderar att vidta de åtgärder som krävs för att både skapa robusthet och krishanteringsförmåga. *Ansvarsprincipen* innebär också att varje aktör ska samverka med andra, ofta sektorövergripande. *Likhetsprincipen* innebär att en verksamhets organisation och lokalisering så långt som möjligt ska fungera på samma sätt vid en kris som under normala förhållanden. *Närhetsprincipen* innebär att kriser ska hanteras där de inträffar och av dem som är närmast berörd.

I aktuell plan föreslås att PKMC genom regional särskild sjukvårdsledning har befogenheter utfärdade av regiondirektör och hälso- och sjukvårdsdirektör att använda regionens totala materiella och personella resurser. Enligt vår tolkning är det enligt lagen (2006:544) om kommuners och landstingets åtgärder inför och vid extraordinära händelser endast efter beslut av krisledningsnämnd som det kan delegeras. Ordföranden/vice ordförande i krisledningsnämnd kan i brådskande fall besluta på nämndens vägnar. NU-sjukvården kan inte se anledning att regional särskild sjukvårdsledning inte inväntar krisledningsnämndens beslut. Dock är det viktigt att i sammanhanget framhålla värdet av att PKMC snabbt blir operativ i en *stödjande och samordnande* roll.

Summering och förslag

- Det är NU-sjukvårdens uppfattning att föreliggande remissutgåva behöver ytterligare bearbetning såväl till omfattning, innehåll som struktur.
- NU-sjukvården förordar en tydligare koppling och integration till regional krishanteringsplan.
- Det bör justeras och förtydligas i planen att det krävs beslut i krisledningsnämnden vid en extraordinär händelse för att ta över nämnders och styrelsers verksamhetsområden.
- Vi föreslår att en vidareutveckling av föreliggande remissutgåva sker i närmare samverkan med respektive sjukvårdsförvaltningar och andra berörda i VGR.

NU-sjukvården

Anders Kullbratt
Planeringschef

Bilaga

- Remissutgåva av Regional Katastrofmedicinsk Beredskaps- och Krishanteringsplan för VGR

Beslutet skickas till

- Diariet
- Mikael Wilhelmsson, mikael.wilhelmsson@vgregion.se
- Regionstyrelsen@vgregion.se

Regional Katastrofmedicinsk Beredskaps- och Krishanteringsplan för Västra Götalandsregionen

Fastställd av regionstyrelsen 2015-xx-xx

Gäller från och med 2016-01-01

FÖRORD

Föreliggande plan reviderades senast under 2013 och anpassades bl.a. till Socialstyrelsens nya föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap, SOSFS 2013:22(M). Ytterligare förändringar har tillförts denna revision givet dels vunna svenska erfarenheter från sommaren 2014, dels förändringsfaktorer i vår omvärld som ger en delvis ändrad nationell hotbild. Till detta kommer en förekommande nationell diskussion kring begreppen i det svenska krishanteringssystemet.

En plan syftar i första hand på att skapa tydlighet i fördelning av ansvar, roller och mandat för att hantera en allvarlig samhällsstörning, i detta fall inom den katastrofmedicinska beredskapen. Regionens förmåga är av central betydelse i det avseendet. Av det följer att de stödsystem som sjukvården är beroende av har en minst lika stor betydelse i det katastrofmedicinska perspektivet. Särskilt som flertalet av de störningar sjukvården upplever inte i första hand är av vårdrelaterad karaktär. Likaväl kan dessa störningar utgöra ett hot mot patientsäkerheten i hela vårdkedjan under en allvarlig händelse.

Vardagen i vården är tidvis pressad och en ytterligare ansträngning av tillgängliga resurser i form av en allvarlig samhällsstörning kan få omfattande konsekvenser för den samlade förmågan varför investeringen i, och tilltron till, en robust krisberedskap är en nödvändig försäkringspremie. En bredare ansats krävs för att lösa regionens uppgift att leverera god och säker vård även under en allvarlig samhällsstörning. Arbetet bör inriktas på en förmågeutveckling mot en robust krisberedskap och resilient krishantering vilken dels handlar om dimensionering och kapacitetsuppbyggnad över tid, dels om en situationsanpassad resursprioritering inom den katastrofmedicinska beredskapen. Till detta kommer nya uppgifter inom området särskild sjukvård under höjd beredskap och krig vilket ställer ytterligare krav på befintliga resurser vad gäller samordning, samverkan och resursprioritering.

Den regionala katastrofmedicinska beredskapsplanen skall ligga till grund för sjukvårdsförvaltningarnas lokala katastrofmedicinska beredskapsplaner. Koncernkontoret, Prehospitalt och Katastrofmedicinskt Centrum (PKMC), har det övergripande samordningsansvaret för den katastrofmedicinska krisberedskapen i Västra Götalandsregionen i nära samverkan med regionens berörda förvaltningar.

Planen fastställs av regionstyrelsen den xx xx 2015 och träder i kraft första januari 2016.

Göteborg den första januari 2016
VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Johnny Magnusson	Ann-Sofi Lodin	Ann Söderström	Mats Kihlgren
Ordförande Regionstyrelsen	Regiondirektör	HoS Direktör	Beredschapschef

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	4
2. SYFTE	4
3. MÅL	4
4. ALLVARLIG SAMHÄLLSTÖRNING - RÄTTIGHETSPERSPEKTIVET	5
5. PRINCIPER FÖR KRISHANTERING	5
6. LAGSTIFTNING	6
7. PLANERINGSARBETET	7
8. RISK- OCH SÅRBARHETSANALYSER	8
9. REGIONAL KATASTROFMEDICINSK KOMMITTE.....	8
10. LOKAL KATASTROFMEDICINSK KOMMITTE	9
11. KRISLEDNINGSNÄMND	9
12. BEREDSKAPSGRADER	10
13. SÄRSKILD SJUKVÅRDSLEDNING	10
14. BEREDSKAP PÅ REGIONAL NIVÅ.....	11
15. SÄRSKILD SJUKVÅRDSLEDNING PÅ REGIONAL NIVÅ.....	11
15.1 Regional tjänsteman i beredskap (RTiB)	13
15.2 Regional beredskapsläkare (RBL).....	13
16. BEREDSKAP PÅ LOKAL NIVÅ	13
17.SÄRSKILD SJUKVÅRDSLEDNING - LOKAL NIVÅ – SJUKV.INRÄTTNING ...	14
18. SÄRSKILD SJUKVÅRDSLEDNING - LOKAL NIVÅ - SKADEOMRÅDE.....	15
19. KRISSTÖD OCH PSYKIATRISK KATASTROFLEDNING	15

20. KRISKOMMUNIKATION	16
21. INFORMATIONSHANTERING.....	16
22. SEKRETESS.....	17
23. CBRNE HÄNDELSER	17
24. UTBILDNING OCH ÖVNING	17
25. UTRUSTNING	18
26. PREHOSPITAL VÅRD	19
26.1 Ambulanssjukvård/sjuktransporter	19
26.2 sjukvårdsinsat vid sjöräddningens sjuktransport.....	19
26.3 Utrustning för perosnal prehospitalt	19
27. KATASTROFMEDICINSKA INSATSER UTOMLANDS M.M	20
28. EVAKUERING AV SJUKVÅRDSINRÄTTNING.....	20
29. UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING	21
30. EXTERNA VÅRDGIVARE OCH ENTREPRENÖRER	21
30. BILAGOR (1-4)	22
Bil. 1 Relevanta propositioner, lagar och förordningar och anvisningar m.m. .	22
Bi. 2 MSBFS 2015:4 Föreskrifter om landstings risk- och sårbarhetsanalyser	24
Bil. 3 Antidotohantering	27
Bil. 4 Definitioner	28
Bil. 5 Checklista för evakueringsplanering	31
Bil. 6 Definitioner	35

1. INLEDNING

I takt med utvecklingen blir det moderna samhället allt mer komplext då samhällets funktioner vidareutvecklas och integreras. Detta får den oönskade och ofrånkomliga konsekvensen att samtidigt som moderniteten bidrar till ökad trygghet och välfärd så frambringar den också risker som kan skada samhället och dess medborgare..

Förutom att arbeta med förebyggandet av allvarliga händelser är det också viktigt att samhället är förberett för att hantera de krissituationer som kan uppstå längs en glidande hot- och riskskala från en liten händelse till den omfattande samhällsstörningen. En betydande del av denna förberedelse är bl.a. den katastrofmedicinska beredskapen vid en allvarlig samhällsstörning vilken syftar till att dels upprätthålla en god och patientsäker vård i hela vårdkedjan även under ansträngda situationer, dels minimera följdverkningarna för de drabbade och öka förmågan att återgå till normal verksamhet så snart det låter sig göras.

Den katastrofmedicinska beredskapen omfattar således hela vårdkedjan; skadeområdet, ambulansverksamheten och vårdinrättning som vid en allvarlig händelse ska kunna hantera obalansen mellan akuta behov och tillgängliga resurser med ett optimalt omhändertagande ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Det är i sammanhanget viktigt att påpeka den centrala roll som stödsystemen till det patientnära vårdarbetet spelar, i synnerhet under en allvarlig händelse.

2. SYFTE

Syftet med den regionala katastrofmedicinska beredskapsplanen är att utgöra en grund för Västra Götalandsregionens katastrofmedicinska krisberedskap. Den regionala katastrofmedicinska beredskapsplanen är ett övergripande ramverk för Västra Götalandsregionen och utgörs av regelverk och riktlinjer för ledningsarbetet av sjukvårdsinsatser vid risker och hot om eller inträffade allvarliga händelser och samhällsstörningar. Denna plan ska även fungera som en grund för den katastrofmedicinska beredskapen på lokal nivå för att optimera nyttjandet av regionens samlade sjukvårdsresurser vid allvarliga händelser.

3. MÅL

Planens övergripande mål för den katastrofmedicinska beredskapen i Västra Götalandsregionen är att genom en robust förmåga kombinerat med ett resilient förhållningssätt skapa förutsättningar för en snabb återställning av normal verksamhet efter en allvarlig samhällsstörning, dels upprätthålla en god och patientsäker vård i hela vårdkedjan även under ansträngda situationer och minimera följdverkningarna för de drabbade i enlighet med bl.a. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap [SOSFS 2013:22 (M)].

Vid hot om eller vid en inträffad allvarlig samhällsstörning är målet:

- att kunna larma och aktivera nödvändiga funktioner och resurser så att, utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv, optimala medicinska kvalitetskrav upprätthålls genom hela vårdkedjan.

- att den särskilda sjukvårdsledningen på regional och lokal nivå ska kunna leda och samordna hälso- och sjukvården vid allvarlig samhällsstörning samt samverka med andra lokala och regionala aktörer inom och utom den egna verksamheten.
- att den särskilda sjukvårdsledningen på regional ska kunna leda och samordna hälso- och sjukvården då behov av att ge eller ta emot nationell och/eller internationell hjälp efterfrågas samt samverka med andra lokala och regionala aktörer inom och utom den egna verksamheten.
- att genomföra sjukvårdsinsatser i ett skadeområde, utföra sjuktransporter och på vårdenhet omhänderta drabbade.
- att samverka med andra aktörer på lokal, regional, nationell och internationell nivå.

En förmågeutveckling på sikt ska uppnås bl.a. genom:

- att genom risk- och sårbarhetsanalyser, kontinuitetshantering, händelseanalyser och den regionala utbildnings- och övningsplanen planera och anpassa den katastrofmedicinska beredskapen till regionala och lokala förhållanden.¹
- Att genom gemensamt framtaget ambitionsdokument lägga grunden till regionala riktlinjer för området krisberedskap och krishantering.

4. ALLVARLIG SAMHÄLLSSTÖRNING - RÄTTIGHETSPERSPEKTIVET

Regionfullmäktige för Västra Götalandsregionen fastställde 2014 en policy² för regionens arbete med mänskliga rättigheter som syftar till att stärka kapaciteten att respektera, skydda, uppfylla och bevaka hur de mänskliga rättigheterna efterlevs. Policyn är en ram för de regiongemensamma handlingsplaner och strategier som konkretiserar arbetet med de mänskliga rättigheterna i Västra Götalandsregionens verksamheter. Under en allvarlig samhällsstörning riskerar utsatta grupper att marginaliseras och deras behov av skydd och respekt för grundläggande rättigheter bör i än högre grad beaktas. Risk kan beskrivas som människors sårbarhet samt exponering för ett givet hot och under en samhällsstörning är förmågan att hantera denna sårbarhet för många samhällsgrupper extra utsatt. Den katastrofmedicinska beredskapen ska utgå från ett rättighetsbaserat perspektiv och arbetssätt³ för att upprätthålla en patientsäker vård utifrån ett MR baserat perspektiv.

5. PRINCIPER FÖR KRISHANTERING

Det svenska krishanteringssystemet bygger på en nationellt framtagna inriktningsprinciper. Den som normalt har ansvar för en verksamhet också ansvarar för verksamheten vid en krissituation.⁴ Detta innebär att krisen ska hanteras så nära

¹ Se bilaga 1 till denna plan

² Diarienummer RS RHK 55-2013

³ <http://www.vgregion.se/sv/Enheten-for-rattighetsfragor/Det-har-gor-vi/Rattighetsbaserat-arbete/>

⁴ Ansvarsprincipen

de berörda som möjligt. Den instans som är närmast ansvarig ska svara för ledning av de åtgärder som krävs för att kunna hantera händelsen på ett effektivt sätt. Krishantering bör endast lyftas till högre beslutsnivåer om detta krävs för samordning och en rationell prioritering av olika åtgärder.⁵ Vidare innebär att en verksamhets organisation och lokalisering så långt som möjligt ska bibehållas vid en kris. Förändringar ska inte göras mer omfattande än vad som krävs med hänsyn till händelsens karaktär.⁶ Alla myndigheter och organisationer med specifika verksamhetsområden, t.ex. hälso- och sjukvård, smittskydd och tandvård, har ett ansvar inom sitt respektive verksamhetsområde och upprätthåller således ett sektorsansvar. Samverkan mellan berörda aktörer är viktig för att upprätthålla krisberedskapen och en förutsättning för att berörda aktörer ska kunna ta sitt ansvar. I arbetet med att lösa uppkommande uppgifter vid en kris bör samverkan ske såväl inom den egna sektorn som tvärsektoriellt med andra sektorer. Ansvariga aktörer bör fortsatt ha förmåga att snabbt och effektivt agera och kunna samverka och genomföra samordnade insatser. Denna förmåga är särskilt viktig för aktörer med ansvar för räddningstjänst, allmän ordning och säkerhet samt hälso- och sjukvård. Ett ökat fokus på samverkan bör därför få genomslag i de olika aktörernas planering och rutiner och bör kunna ligga till grund för formella samarbeten avseende förebyggande arbete, beredskapsplanläggning och räddningstjänst samt krishantering.⁷

Arbetet med att förebygga och hantera allvarliga händelser och kriser är en omfattande verksamhet baserad på samverkan och samordning mellan offentliga aktörer, näringslivet, ideella organisationer samt den enskilde individen. Särskilt vad avser enskilda bör frågan om egenansvar belysas ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv och hur regionen kan uppmuntra och bistå en kunskaps- och förmågeutveckling hos enskilda att hantera en allvarlig samhällsstörning utifrån ett 72 timmars perspektiv.⁸

Västra Götalandsregionens katastrofmedicinska krisberedskap ska utgå från dessa övergripande principer och förhållningssätt inom sitt sektorsansvar.

6. LAGSTIFTNING

Regeringen har de senaste åren överlämnat flera propositioner om samhällets krisberedskap till riksdagen. Ett stort antal lagar och förordningar reglerar verksamheten inom krisberedskapsområdet. Relevanta propositioner, lagar och förordningar framgår av bilaga 1.

Vid höjd beredskap gäller särskild lagstiftning.

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) kompletterades 2002-07-01 i § 7 med en specifik bestämmelse om katastrofmedicinsk beredskap: "Landstinget ska även planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthållas."

⁵ Närhetsprincipen

⁶ Likhetsprincipen

⁷ Regeringens proposition 2013/14:144 Lag om sprängämnesprekursorer och redovisning av krisberedskapens utveckling, stycke 8.1 Stärkt samverkan och samverkansförmåga, s 35

⁸ Regeringens proposition 2013/14:144 Lag om sprängämnesprekursorer och redovisning av krisberedskapens utveckling, stycke 6 Den enskilda människans roll i krisberedskapen, s 28.

I lag om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap (2006:544) regleras landstingens skyldigheter att bland annat planera för extraordinära händelser, göra risk- och sårbarhetsanalyser, att ha en krisledningsnämnd m.m.

I Socialstyrelsens författning om Katastrofmedicinsk beredskap finns föreskrifter och allmänna råd för landstingens katastrofmedicinska verksamhet.⁹ I enlighet med dessa ska beredskapsplanen utformas med utgångspunkt i den risk och sårbarhetsanalys (RSA) som genomförs med stöd av SFS 2006:544 en gång per mandatperiod. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap föreskrifter om landstings risk- och sårbarhetsanalyser ger närmare anvisningar för denna RSA.¹⁰ Uppföljning av RSA skall årligen redovisas till Socialstyrelsen och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.¹¹

Västra Götalandsregionen är en av sex sjukvårdshuvudmän som är skyldiga att upprätthålla en beredskap för katastrofmedicinska insatser utomlands (2008:552).

Enligt SOSFS om skydd mot internationella hot mot människors hälsa skall Göteborgs hamn och Landvetter flygplats upprätthålla karantänsberedskap. I enlighet med denna författning skall regionen upprätthålla beredskap i syfte att förhindra spridning av smittämnen eller andra ämnen vid internationella hot. Planeringen skall omfatta rutiner, personal och utrustning. Denna beredskap planeras och upprätthålls av Koncernkontoret/Smittskyddet bl.a. genom regionens epidemiplan.

7. PLANERINGSARBETET

Utgångspunkten för planeringen av den katastrofmedicinska beredskapen ska vara den risk- och sårbarhetsanalys som varje landsting ska sammanställa enligt lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap. Med utgångspunkt i risk- och sårbarhetsanalysen ska landstinget göra en bedömning av vilka resurser som är nödvändiga för att upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap. Vid bedömningen ska särskilt beaktas befolkningstäthet, infrastruktur och geografiska förhållanden. Särskilt ska också omständigheter beaktas som allvarligt kan påverka hälso- och sjukvårdens tillgång till personal, lokaler och utrustning.

Syftet med en risk- och sårbarhetsanalys är att kartlägga potentiella risker för att kunna förbättra förmågan att hantera kriser. Genom ett systematiskt arbetssätt ger analyserna ökad kunskap om risker inom tillhörande verksamhetsområde. Därefter kan åtgärder vidtas i att förebygga krisen eller öka krishanteringsförmågan. Åtgärderna kan exempelvis handla om att förändra dimensioneringen av den regionala och lokala katastrofmedicinska beredskapen utifrån resultatet av risk- och sårbarhetsanalysen. En för regionen gemensam metodologi är eftersträfvansvärd. Stöd till förvaltningarna avseende genomförande av RSA arbetet ska ges av bl.a. PKMC i nära samverkan med säkerhetsstrategiska avdelningen.

⁹ SOSFS 2013:22 (M)

¹⁰ MSBFS 2015:4

¹¹ MSBFS 2015:4 § 5 Landstingets regelbundna uppföljning och rapportering

Västra Götalandsregionen ska i planeringen beakta behovet av och möjligheterna till samverkan mellan olika verksamheter och se till att samverkan kommer till stånd. Detta gäller såväl inom den egna organisationen som med andra aktörer på lokal, regional och nationell nivå. Representanter för regionledningen, sjukhusledningen, primärvården, ambulanssjukvården, smittskyddsläkaren och larmcentralerna ska ingå i planeringsarbetet. Även ansvariga för kommunikation, service och tekniska funktioner ska delta vid planeringen. Regionen ska dessutom i planeringen samverka med till exempel kommuner, angränsande landsting, kommunal och statlig räddningstjänst samt myndigheter av vikt som t.ex. Länsstyrelsen Västra Götaland, Polisregion Väst, Militärregion Väst, Trafikverket, Luftfartsverket och andra statliga förvaltningsmyndigheter samt frivilligorganisationer. En gemensam terminologi bör eftersträvas för att underlätta denna samverkan. Denna ska bygga på det samlade nationella arbetet "Gemensamma grunder för samverkan och ledning" vid samhällsstörningar vilket innehåller sätt att tänka och arbeta på vilka syftar till att öka förmågan att hantera samhällsstörningar.

8. RISK – OCH SÅRBARHETSANALYSER

Enligt lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap¹² föreskrivs att landsting ska analysera vilka extraordinära händelser i fredstid som kan inträffa i landstinget och hur dessa händelser kan påverka den egna verksamheten. Resultatet av arbetet ska värderas och sammanställas i en risk- och sårbarhetsanalys.

I förordningen om landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, framgår att landstinget ska hålla länsstyrelsen respektive Socialstyrelsen och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap informerade om åtgärder som vidtagits och hur åtgärderna påverkat beredskapsläget. Landstinget ska anpassa arbetet med risk- och sårbarhetsanalyser till de egna behoven och övriga förutsättningar. Arbetet bör samordnas och integreras med riskanalysarbete som sker i enlighet med annan lagstiftning.

För att underlätta jämförbarhet och för att möjliggöra för Länsstyrelsen, Socialstyrelsen och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap att göra sammanställningar och analyser på regional och nationell nivå ska landstingens risk- och sårbarhetsanalyser innehålla de punkter som anges i bilaga 6. Berörda förvaltningarnas uppföljning av RSA skall årligen redovisas till Koncernkontoret/PKMC, för sammanställning och analys till stöd för årlig rapportering till Regionstyrelsen och landstingsfullmäktige. En samlad rapportering till Socialstyrelsen och MSB ska göras i nära samverkan med koncernkontorets säkerhetsstrategiska avdelning.

9. REGIONAL KATASTROFMEDICINSK KOMMITTÉ

Den regionala katastrofmedicinska kommittén (RKMK) är sammansatt av representanter från regionledningen, samtliga sjukhusförvaltningar och stödförvaltningar,¹³ säkerhetsstrategiska avdelningen, smittskyddsenheten, kommunikationsavdelningen och PKMC. Den regionala katastrofmedicinska kom-

¹² 2 Kap. 1 §

¹³ Närhälsan, Regionservice, Västfastigheter, Västtrafik och VGR IT

mittén svarar för att gemensamma riktlinjer för den katastrofmedicinska verksamheten tas fram. Den regionala katastrofmedicinska krisberedskapsplanen fastställs av regionstyrelsen på rekommendation av RKMK.

Den regionala katastrofmedicinska kommitténs uppgifter är bland annat att:

- utifrån risk- och sårbarhetsanalyser initiera åtgärder som dels minskar risken för allvarliga händelser och dels minskar konsekvenserna som uppstår när allvarliga händelser inträffar samt att initiera risk- och sårbarhetsanalyser,
- svara för att regionala planer med tillhörande delplaner är aktuella,
- initiera inventering av utbildnings- och övningsbehovet inom katastrofmedicin, smittskydd samt krisstöd,
- i budgetsammanhang initiera behov av särskilda ekonomiska medel för den katastrofmedicinska verksamheten.

PKMC svarar för kanslifunktion och beredning av ärenden till RKMK. Utredningsuppdrag inom det katastrofmedicinska krisberedskapsområdet kan initieras av kanslifunktionen. RKMK beslutar om sammansättning och representation i arbetsgrupper knutna till RKMK när behov uppstår. Dessa rapporterar till RKMK genom kanslifunktionen.

10. LOKAL KATASTROFMEDICINSK KOMMITTEÉ

Samtliga sjukhus/primärvårdsområden ska ha en lokal katastrofmedicinsk kommitté, med uppgift att genom lokala katastrofmedicinska planer upprätthålla en god katastrofmedicinsk beredskap. Kommittén ansvarar för att den lokala katastrofmedicinska planen är aktuell och följer det regionala ramverket samt är känd av berörd personal. Den lokala katastrofmedicinska kommittén ska verka för att lokala risk- och sårbarhetsanalyser genomförs med syftet att förbättra den katastrofmedicinska beredskapen. Sammansättningen av representanter i den lokala katastrofmedicinska kommittéen bör också eftersträva liknande sammansättning som i RKMK.

11. KRISLEDNINGSNÄMND

Enligt lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap anges att det i kommuner och landsting ska finnas en nämnd för att fullgöra uppgifter under extraordinära händelser i fredstid. Genom lagen ges kommuner och landsting en utökad skyldighet att planera för extraordinära händelser. Bland annat ska regionfullmäktige för varje ny mandatperiod fastställa en plan för hur sådana händelser ska hanteras i regionen.

Krisledningsnämnden består av fem ledamöter. Regionfullmäktige utser en ordförande och en vice ordförande bland nämndens ledamöter. Krisledningsnämndens ordförande larmas av Regional Tjänsteman i Beredskap (RTiB). Det sker vid händelser som kan komma att få stor påverkan på regionens hälso- och sjukvårdsverksamhet, både av ekonomisk och av verksamhetsmässig art. Krisledningsnämndens ordförande gör då en bedömning om krisledningsnämnden ska träda i funktion.

Ordföranden får besluta på nämndens vägnar i ärenden som är så brådskande att nämndens avgörande inte kan avvaktas. Har ordföranden i krisledningsnämnden förhinder träder vice ordföranden in i dennes ställe. Händelsen är då av sådan art att den innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för allvarlig störning av regionens hälso- och sjukvårdsverksamhet. Nämnden kan i den utsträckning som är nödvändig, med hänsyn till händelsens omfattning och karaktär, ta över nämnders och styrelser verksamhetsområden i regionen. Nämnden har inte någon operativ funktion, utan denna åvilar den regionala katastrofmedicinska ledningen. Nämndens beslut ska rapporteras till nästföljande regionfullmäktige efter att beslut fattats.

12. BEREDSKAPSGRADER

I hälso- och sjukvårdslagen, § 3-4, stadgas att landstinget ska kunna hantera situationer där det uppstår obalans mellan behov och tillgängliga resurser. Utifrån ett normalläge ska sjukvården utan dröjsmål gradvis kunna stegra sin förmåga för att bemöta det akut uppkomna behovet.

De regionala och lokala beredskapsnivåerna ska vara:

- **Stabsläge**, beredskapsläge som innebär att en särskild sjukvårdsledning håller sig underrättad om läget, vidtar nödvändiga åtgärder och följer händelseutvecklingen.
- **Förstärkningsläge**, beredskapsläge som innebär att en särskild sjukvårdsledning vidtar åtgärder för förstärkning av vissa viktiga funktioner.
- **Katastrofläge**, beredskapsläge som innebär att en särskild sjukvårdsledning vidtar åtgärder för förstärkning av alla viktiga funktioner.

Vid varje händelse anpassas beredskapsnivån hos den särskilda sjukvårdsledningen på regional och lokal nivå till det aktuella läget. Den lokala särskilda sjukvårdsledningen bedömer och beslutar om beredskapsnivån på den lokala nivån.

13. SÄRSKILD SJUKVÅRDSLEDNING

I varje landsting ska det finnas en funktion som ska ansvara för ledningsuppgifter vid allvarlig händelse eller vid risk för sådan händelse. Funktionen ska benämnas särskild sjukvårdsledning. Den ska kunna verka på regional nivå samt i ett skadeområde, i ambulanssjukvården och på vårdenheter. Den särskilda sjukvårdsledningen ska vid allvarlig händelse ha förmåga och befogenhet att leda hälso- och sjukvårdspersonal, samordna resurser samt samverka med andra aktörer på lokal, regional och nationell nivå.

- upprättande av ledning på lokal och regional nivå,
- prioritering mellan och samordning av olika verksamheter,
- omdisponering av tillgängliga resurser,
- mobilisering av resurser som inte är omedelbart tillgängliga,
- förflyttning av patienter och evakuering av vårdenheter,
- samverkan inom regionen och med andra regioner/landsting
- samverkan med andra myndigheter på lokal, regional och nationell nivå,
- förmågan till anpassning till olika typer av händelser och deras omfattning,
- att det finns fungerande rutiner och teknik för informationsöverföring

- förmåga att kunna ge och ta emot nationell och/eller internationell hjälp

Den särskilda sjukvårdsledningen ska på regional och lokal nivå vara bemannad med ledningskompetens, hälso- och sjukvårdspersonal¹⁴ samt annan lämplig kompetens som har förmåga att administrera och leda insatser under en allvarlig samhällsstörning samt prioritera och besluta om medicinska åtgärder. Vid sjukvårdsinsatser i ett skadeområde ska beteckningarna sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig användas.

14. BEREDSKAP PÅ REGIONAL NIVÅ

Enligt lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap anges att det i landstingen ska finnas en katastrofmedicinsk beredskapsplan som ska fastställas för varje ny mandatperiod. Även andra planer av betydelse för den katastrofmedicinska beredskapen ska beaktas. Av planen ska vidare framgå om landstinget har överlämnat genomförandet av en landstingskommunal angelägenhet av betydelse för den katastrofmedicinska beredskapen till någon annan vårdgivare eller entreprenör.

I varje landsting ska det finnas en regional katastrofmedicinsk beredskapsplan. I Västra Götalandsregionen skall den regionala planen ligga till grund för de lokala planerna. Samtliga planer ska återkommande revideras. I Västra Götalandsregionen har Prehospitalt och Katastrofmedicinskt Centrum (PKMC) det övergripande regionala ansvaret för att planera, samordna den katastrofmedicinska beredskapen och att följa upp och stödja förmågeutvecklingen kring den lokala katastrofmedicinska beredskapen. Det lokala ansvaret vilar på sjukvårdsförvaltningar (sjukhus och vårdcentraler) och stödförvaltningar inom sina respektive områden.

Regional katastrofmedicinsk beredskapsplan godkänns av den regionala katastrofmedicinska kommittén och fastställs därefter av regionstyrelsen. PKMC svarar även för att berörda befattningshavare i Västra Götalandsregionen har kännedom om den regionala katastrofmedicinska planens innehåll.

15. SÄRSKILD SJUKVÅRDSLEDNING PÅ REGIONAL NIVÅ

Den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå har en samordnande roll och har utifrån denna roll möjlighet att leda insatser vid överhängande allvarligt *hot om* eller *vid* en allvarlig händelse. Den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå verkar initialt operativt och sedan i huvudsak med strategiska ledningsuppgifter på regional ledningsnivå.

PKMC svarar för planering av arbetet vid särskild sjukvårdsledning på regional nivå, inkluderande stabsmetodik, samverkan med andra myndigheter, bemanning, larmplaner, lokaler och utrustning.

Vid larm om allvarlig händelse har regional tjänsteman i beredskap (RTiB) befogenhet att utöva särskild sjukvårdsledning på regional nivå. I första fasen organiseras den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå med RTiB och RBL.

¹⁴ Hälso- och sjukvårdspersonal: person eller personer som i sitt yrke utför hälso- och sjukvård, Socialstyrelsens terminologibank.

Vid behov utökas och förstärks grundbemanningen i den särskilda sjukvårdsledningen. Experter och samverkanspersoner från andra myndigheter eller organisationer kan adjungeras till ledningen. Samverkansperson från den regionala sjukvårdsledningen kan även sändas till annan myndighets ledningsfunktion.

Vid **stabsläge** etablerar RTiB och RBL särskild sjukvårdsledning på regional nivå.

Vid **förstärkningsläge** etableras utökad särskild sjukvårdsledning på regional nivå för att samordna/leda Västra Götalandsregionens resurser.

Vid **katastrofläge** förstärks ledningen och intar högsta beredskap.

Regional särskild sjukvårdsledning har befogenheter, utfärdade av regiondirektören och hälso- och sjukvårdsdirektören, att använda regionens totala materiella och personella resurser i akuta lägen vid allvarliga händelser och katastrofer.

Regional särskild sjukvårdsledning har till uppgift att stödja, samordna och/eller leda sjukvårdsinsatsen i regionen vid en allvarlig händelse. När mer än ett av regionens sjukhus engageras, eller på begäran av drabbat sjukhus, samordnas och vid behov leds insatsen av den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå. Den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå har till uppgift att:

- inventera regionens sjukvårdsresurser och vid behov även sjukvårdsresurser hos andra sjukvårdshuvudmän inom landet och utomlands
- samordna och vid behov leda regionens sjukvård
- samverka med smittskyddsläkaren vid epidemisituationer
- stödja särskild sjukvårdsledning i skadeområdet och inom sjukhuset respektive primärvården
- vara en kanal till sjukvården i Västra Götalandsregionen för lokala, regionala och centrala myndigheter och organisationer
- ansvara för kontakter med berörda sjukvårdshuvudmän, myndigheter, organisationer med flera
- samordna intern och extern information på regionnivå tillsammans med regionkansliet vid kriser som berör flera förvaltningar eller hela Västra Götalandsregionen,
- informera regionledningen och vid behov krisledningsnämnden
- larma och samordna regionala katastrofmedicinska resurser
- larma och samordna förstärkande resurser samt resurser från andra myndigheter
- vid behov mobilisera personal från Västra Götalandsregionen för att ingå i Socialstyrelsens internationella team för insatser utomlands.

Samverkansperson från den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå ska vid behov kunna samgruppera med JRCC (flygräddning och sjöräddning), länsstyrelsen, polismyndigheten, räddningstjänst eller annan myndighet eller organisation.

15.1.1 Regional tjänsteman i beredskap (RTiB)

På regional nivå ska det finnas en funktion som ständigt är bemannad med uppgift att ta emot larm om allvarlig händelse. I ett initialt skede ska funktionen även kunna verifiera uppgifter, larma vidare, samordna det inledande arbetet samt informera om den allvarliga händelsen. I Västra Götalandsregionen finns därför en organisation med regional tjänsteman i beredskap (RTiB) dygnet runt årets alla dagar. RTiB larmas bland annat via SOS Alarm utifrån fastställda kriterier. RTiB ska vara operativ inom fem minuter och ska initialt kunna utöva särskild sjukvårdsledning på regional nivå. Vid planerade händelser med hög riskbild aktiveras RTiB av berörda myndigheter enligt normala larmrutiner. Samtliga aktiviteter ska dokumenteras.

15.1.2 Regional beredskapsläkare (RBL)

Regional beredskapsläkare (RBL) är en funktion som finns dygnet runt årets alla dagar och är ett konsultativt medicinskt beslutsstöd för RTiB när så bedöms nödvändigt, är del av VGR stöd till MSB bedömningsenhet samt UD:s konsulära jour. Kallas till funktionen medicinskt ansvarig i R-SSL enligt regional stabsarbetsplan, om inte Beredskapschef beslutar annat.¹⁵ Sökning av RBL sker genom RTiB och kontakt ska vara etablerad inom 15 minuter. Samtliga aktiviteter och beslut ska dokumenteras.

16. BEREDSKAP PÅ LOKAL NIVÅ

Sjukvårdsinrättningar (sjukhus och vårdcentraler) samt utpekade stödförvaltningar i Västra Götalandsregionen ska i sina lokala katastrofmedicinska beredskapsplaner följa ramarna som angivits och fastställts av regionstyrelsen i den regionala katastrofmedicinska beredskapsplanen och därtill även följa lagar, förordningar samt Socialstyrelsens föreskrifter. De lokala planerna ska regelbundet testas och säkerställas. Planerna är dynamiska dokument och ska därför revideras återkommande samt när förändringar på lokal eller regional nivå motiverar detta. Planen ska vara känd i organisationen och dess utformning ska vara aktuell samt konstruerad så att den lokala verksamheten kan utvärderas mot fastställda mål i samband med att hela eller delar av den katastrofmedicinska beredskapsplanen varit aktiverad. I de lokala planerna ska det anges att all personal som i någon form kommer att delta i det katastrofmedicinska arbetet är utbildad, övad och utrustad för sina uppgifter. Vidare bör de lokala planerna innehålla:

- definitioner
- sakuppgifter om hur mottagande av larm samt hur spridning av larm ska ske
- beskrivning av ledning och struktur inom förvaltningen
- beskrivning av sjukvårdsinrättningarnas rutiner för ändrade beredskapsgrader enligt stabsläge, förstärkningsläge och katastrofläge
- gränssättande resurser

¹⁵ VGR PKMC RTiB/RBL organisation – Ansvar, roller, kriterier, 2013-05-12

- registreringsrutiner
- rutiner för information och samordning internt inom egen sjukvårdsinrättning samt externt till anhöriga, allmänhet och till den regionala katastrofmedicinska ledningen
- mottagande och fördelning av skadade inom sjukvårdsinrättning
- rutiner för omhändertagande av ett stort antal avlidna
- rutiner för psykosocialt krisstöd
- rutiner för service och försörjning (inkl personal)
- epidemiberedskap (enligt regional epidemi- inkl pandemiplan)
- skydd mot och förmåga att hantera CBRNE-händelser

Dessutom bör planerna innefatta åtgärdslistor för berörd personal. De lokala planerna ska även innefatta åtgärder vid händelse inom sjukvårdsinrättningen såsom brand, evakuering, bombhot etc. I de lokala planerna ska följande beredskapsgrader¹⁶ användas;

- Stabsläge
- Förstärkningsläge
- Katastrofläge

17. SÄRSKILD SJUKVÅRDSLEDNING VID SJUKVÅRDSINRÄTTNING

Samtliga sjukhusförvaltningar i Västra Götalandsregionen ska ha en särskild sjukvårdsledning på lokal nivå, som beslutar vilken beredskapsgrad som ska gälla inom sjukvårdsförvaltningen vid en allvarlig händelse. Den lokala särskilda sjukvårdsledningen ska vid behov kunna skicka en samverkansperson till den regionala särskilda sjukvårdsledningen. För samtliga vårdcentraler i Västra Götalandsregionen ska det finnas en katastrofmedicinsk plan för att kunna ta emot lätt skadade och övriga drabbade. Den lokala särskilda sjukvårdsledningen ska kunna erbjuda krisstöd till dem som har drabbats av eller riskerar att drabbas av psykisk ohälsa vid en allvarlig händelse. Krisstödet bör organiseras i samverkan med kommunernas socialtjänst.

Funktionen lokal tjänsteman i beredskap (LTiB) finns inom vissa förvaltningar och är mottagare av larm från bland annat regional tjänsteman i beredskap. LTiB, som finns i beredskap dygnet runt, bör ha befogenheter att initialt utöva särskild sjukvårdsledning på lokal nivå. Vid tillfällen då information om en allvarlig händelse kommit till sjukhuset och händelsen kan ha påverkan på regionens hälso- och sjukvård ska RTiB informeras. Från regional katastrofmedicinsk synvinkel är det angeläget att det finns en larmväg in i sjukhuset/primärvårdsområdet.

¹⁶ Se punkt 8. Beredskapsgrader

18 SÄRSKILD SJUKVÅRDSLEDNING INOM SKADEOMRÅDE

Vid sjukvårdsinsatser i ett skadeområde ska beteckningarna sjukvårdsledare (SL) och medicinskt ansvarig (MA) användas. Vanligtvis är det personalen i den först anländande ambulansen som inledningsvis leder sjukvårdens insats i skadeområdet.

Sjukvårdsledaren leder sjukvårdsinsatsen tillsammans med medicinskt ansvarige och samverkar med övriga aktörer på plats såsom räddningsledare och polisinsatschef. Medicinskt ansvarig har ansvar för medicinska inriktningsbeslut. Sjukvårdsledaren har ansvar för samverkan, logistik, radioförbindelser etc. Sjukvårdsledarens och den medicinskt ansvariges roller kan övertas av den regionala sjukvårdsledningen genom regional beredskapsläkare eller annan katastrofmedicinskt och ledningsutbildad läkare på plats. Sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig ingår då i staben till ledningsansvarig läkare på skadplats. Vid omhändertagande av skadade ska prioritering, dokumentation och journalhantering ske utifrån fastställda principer och rutiner enligt Socialstyrelsens PS koncept. Sjukvårdsledaren ska bära hjälm med grön-vit-rutigt schackmönster samt väst med grön-vit-rutigt schackmönster och texten Sjukvårdsledare. Medicinskt ansvarig bär väst med texten Medicinskt ansvarig. Västen ska ha en enfärgad grön rand och hjälmen ska vara grön.

19. KRISSTÖD OCH PSYKIATRISK KATASTROFLEDNING

Erfarenheter av inträffade allvarliga händelser och från forskning har lett till insikten om hur psykiskt traumatiserande dessa händelser kan vara för inblandade personer. Det psykosociala krisstödet är en viktig del av det katastrofmedicinska arbetet. Vid en allvarlig händelse ska varje landsting kunna erbjuda krisstöd till dem som har drabbats av eller som riskerar att drabbas av psykisk ohälsa.

Förberedelser för att kunna bistå med krisstöd i olika former måste därför ingå som en del i den regionala och lokala katastrofmedicinska beredskapen. Katastrofpsykologi och katastrofpsykiatri är kunskapsområden som bör användas vid planering och genomförande av ett bra krisstöd och bemötande, för att minimera behovet av senare insatser och behandlingar. Beredskapen för krisstödet bör organiseras i samverkan med kommunernas socialtjänst.

Psykologisk och psykiatrisk katastrofledning (PKL) är en del av regionens krisberedskap. I varje sjukvårdsförvaltning ska det finnas utpekad PKL personal vilka bör ingå i dels den särskilda sjukvårdsledningen, dels den katastrofmedicinska kommittéens arbete. PKL:s uppgift är att, i samverkan med den särskilda sjukvårdsledningen, omhänderta hälso- och sjukvårdens psykologiska, sociala och psykiatriska stödinsatser till drabbade, närstående och personal. PKMC ansvarar för att sammanhålla den regionala PKL gruppen. Årligen ska det genomföras en PKL-POSOM dag för att understödja samverkan mellan lokal sjukvårdsförvaltning och lokal PKL verksamhet.

20. KRISKOMMUNIKATION

Västra Götalandsregionen ska vid allvarlig händelse kunna lämna information till drabbade, allmänheten och företrädare för massmedia. Informationsinsatserna

samordnas i den egna organisationen samt vid behov med myndigheter och organisationer på lokal, regional och nationell nivå. Tillgängligheten bör beaktas vid informationsinsatsen. Information bör kunna lämnas till exempel både muntligt och skriftligt, på andra språk än svenska samt med beaktande av funktionshindrade personers särskilda behov. I vissa fall bör informationen lämnas med särskilt iakttagande av kulturella seder och bruk.

En väl fungerande kommunikation är en nödvändig del av krishanteringen. Det handlar om att hantera bilden av krisen och även ha förmågan att sprida tillräcklig och korrekt information om händelsen. Korrekt, öppen, tillförlitlig och snabb information är ofta avgörande för bilden och hanteringen av krisen. En övergripande kris- och kommunikationsplan för Västra Götalandsregionen är framtagen av regionens kommunikationsdirektör.

21. INFORMATIONSHANTERING

Vid överhängande allvarligt *hot om* eller *vid* en allvarlig händelse ställs snabbt krav på en väl fungerande informationsverksamhet. Behovet av information ska bedömas utifrån händelsens karaktär. Den regionala katastrofmedicinska ledningen svarar för samordning och framtagande av övergripande regional information, både internt till regionens sjukvårdsinrättningar, regionledning med flera och externt till samverkande myndigheter, organisationer och massmedia.

Vid större händelser som, förutom den regionala katastrofmedicinska ledningen, även involverar andra myndigheter ska informationen samordnas med dessa. Den lokala katastrofmedicinska ledningen vid sjukhus och vårdcentraler ska kontinuerligt informera den regionala medicinska katastrofledningen så att en samordnad och samstämmig information om regionens totala förmåga därmed kan säkerställas. Informatör ska ingå i såväl den regionala som de lokala katastrofmedicinska ledningsgrupperna.

Respektive sjukhus/vårdcentral svarar och ansvarar endast för information om den egna verksamheten. Förvaltningar som berörs av den katastrofmedicinska beredskapen, så som sjukhus och vårdcentraler, ska skapa en egen plan för sin kriskommunikation. Planen ska bygga på genomförd risk- och sårbarhetsanalys och särskilt beakta följande punkter i planeringen:

Beredskap. Vilken beredskap finns för att klara förvaltningens kriskommunikation vid en allvarlig händelse?

Larmkedja. Hur larmas nyckelfunktioner/personer och finns uppdaterade kontaktlistor tillgängliga?

Målgrupper. Vilka är förvaltningens primära och sekundära målgrupper för kriskommunikation?

Kanaler. Vilka är de huvudsakliga kanalerna för kriskommunikation?

Samverkan internt och externt. Med vilka ska samverkan ske inom förvaltningen, med andra regionverksamheter och med andra aktörer?

Utbildning och övning. Har kommunikationsansvariga i beredskapsorganisation relevant utbildning och övning för att kunna fungera i sin roll vid en allvarlig händelse?

22. SEKRETESS

Sekretesslagstiftningen inom hälso- och sjukvården gäller även vid katastrofmedicinska insatser. Sekretess ska iakttas med hänsyn främst till skyddet för enskilda personliga förhållanden. Normala sekretessregler gäller såväl på skadeplats som under transport till vårdinrättning som vid samtliga sjukvårdsinrättningar eller tillfälligt upprättad enhet. Även sjukvårdsledning på alla nivåer omfattas av sekretesslagstiftningen.

23. CBRNE-HÄNDELSER

Enligt Hagadeklarationen ska den svenska krisberedskapen utveckla förmågan att förebygga, detektera och hantera händelser med farliga ämnen (CBRNE).¹⁷ I Västra Götalandsregionens katastrofmedicinska beredskap för händelser med farliga ämnen ingår förmågan att ta hand om och sanera kontaminerade personer. CBRNE problematik skall ingå i sjukvårdsförvaltningarnas risk- och sårbarhetsanalyser samt, för att bibehålla och vidareutveckla personalens kompetens inom området, ingå i utbildnings- och övningsplanen. Grundutbildning och repetitionsutbildning inom området skall tillhandahållas på lokal nivå med stöd av regional nivå årligen. Regional nivå ska tillhandahålla årliga specialutbildningar.

Enligt Socialstyrelsens CBRNE strategi ska den fullständiga personsaneringen^{18 19} utföras av sjukvårdspersonal vid sjukhus. Sjukvårdsförvaltningarna ansvarar för personalens skyddsutrustning och mätinstrument för indikering av strålning. Särskild samverkan och samordning med berörd/-a räddningstjänst bör ske i dessa frågor.

RKMK fastställer regionala anvisningar och rekommendationer avseende hantering,²⁰ sanering och behandling av personer som exponerats för farliga ämnen samt hur samordning och lagerhållning av antidoter skall ske. Anvisningar och rekommendationer skall revideras minst en gång per år i nära samverkan med sjukvårdsförvaltningarnas berörda ansvariga handläggare. PKMC CBRNE handläggare ansvarar för beredning av anvisningar och rekommendationer i CBRNE ärenden.

24. UTBILDNING OCH ÖVNING

Personal som ingår i katastrofmedicinsk krishantering och beredskap ska ges förutsättningar för att kunna upprätthålla och utveckla sin förmåga inom området. Det innebär bl.a. att ges erforderlig utbildning för uppgiften. Riktad kompetensutveckling i

¹⁷ C = Kemiska ämnen, B = Biologiska ämnen, R = Radiologiska ämnen – strålkällor, N = Nukleära ämnen – klyvningsbara ämnen, E = Explosiva ämnen

¹⁸ Fullständig personsanering innebär noggrann tvättning för att avbryta fortsatt exponering samt undvika att det farliga ämnet, via kontaminerad person eller kontaminerad material, förs vidare till rena miljöer.

¹⁹ Livräddande personsanering innebär att snabbast möjligt avbryta eller reducera exponeringen för ett farligt ämne och utförs av räddningstjänstens personal i skadeområdet

²⁰ Avser inte behandlingsriktlinjer

Samverkan och ledning under allvarlig samhällsstörning ska tillhandahållas för dem som utpekats att ingå särskild sjukvårdsledning på regional och lokal nivå.²¹ Sjukvårdsförvaltningarna bör ha kompetensbeskrivningar för befattningar till stöd i arbetet att dels identifiera lämplig personal, dels planera rätt utbildningsnivå och omfattning till utpekad personal. PKMC skall ansvara för att utbildning i katastrofmedicin, krishantering, samverkan och ledning erbjuds utpekad personal i samverkan med förvaltningarna. PKMC ska årligen uppdatera utbildningskatalogen i samverkan med berörda handläggare vid sjukvårds- och stödförvaltningar.²² Inriktningen skall vara att utbildning ska kunna ges så lokalt som möjligt med stöd av regional nivå i syfte att dels öka möjligheten till deltagande, dels anpassa till lokala förhållanden. PKMC skall tillhandahålla möjlighet för varje sjukvårdsförvaltning att genomföra en mer omfattande katastrofmedicinsk utbildning/övning minst vartannat år.²³ Utbildning i övningsplanering och genomförande ska ges årligen vid PKMC.

Övningar skall genomföras med tillhörande utvärdering och kunskapsåterföring och bör baseras på behov av förmågeutveckling identifierade i genomförda risk- och sårbarhetsanalyser. Övningsformat och metod bör anpassas efter lokala behov. För att öka möjligheten till generaliserbara jämförelser, och därmed dela erfarenheter mellan förvaltningarna i regionen, rekommenderas att använda beforskade och validerade övningsmetoder.²⁴ I förekommande fall bör den nationella övningsinriktningen ligga till grund för planeringen och förmågeutveckling.²⁵ Särskilt ska frågor kring samordning och samverkan med övriga lokala och regionala aktörer beaktas. Psykiatrisk katastrofledning bör, i rimlig omfattning, samövas med kommunal POSOM förmåga. Målsättningen bör vara att genomföra två mindre övningar per år och minst en större övning vartannat år. Under en mandatperiod bör frågan om evakuering av sjukhus beröras i övningssammanhang. PKMC ska tillhandahålla handläggarstöd i planering, genomförande och utvärdering av övningsverksamhet. PKMC ansvarar för framtagningen av en gemensam regionövergripande övnings- och utbildningsplan i nära samverkan med berörda förvaltningar. En ansvarsuppdelning bör här göras mellan bredd- och spetsutbildning där PKMC kan utgöra stöd för nischade utbildningar²⁶ och expertstöd till lokalt genomförda utbildningar.²⁷

25. UTRUSTNING

Utgångspunkten för planeringen av den regionala och lokala katastrofmedicinska beredskapen ska vara risk- och sårbarhetsanalyser enligt lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap. Västra Götalandsregionen ska planera för anpassning av hälso- och sjukvårdens försörjning av medicinskteknisk utrustning, förbrukningsmateriel och

²¹ Gemensamma grunder för samverkan och ledning, MSB

²² Beredskapssamordnare i samverkan med lokal katastrofmedicinsk kommitté

²³ Utbildningen kommer att ges i formatet MACSIM och kan även kombineras med övning av pre-hospital och akutpersonal alternativt med/utan SLL.

²⁴ T.ex. metoden 3HNS samt MSB övningsmetodik.

²⁵ Övningsinriktning under 2016, 2017 och 2018 för tvärsektoriella övningar på nationell och på regional nivå. MSB dnr 2014-3064-28

²⁶ T.ex. stabschefsutbildning, evakuering av sjukhus, ledning och samverkan m.m.

²⁷ T.ex. grundkurs katastrofmedicin, lokal utbildning i egen katastrofplan m.m.

läkemedel till de behov som kan uppstå vid allvarlig samhällsstörning. Vid bedömningen ska särskilt beaktas befolkningstäthet, infrastruktur och geografiska förhållanden.

26. PREHOSPITAL SJUKVÅRD

26.1 Ambulanssjukvård/sjuktransporter

Ambulanssjukvården för respektive sjukhusområde ansvarar för att det finns en fungerande organisation för ambulanssjukvård inklusive sjuktransporter inom det geografiska ansvarsområdet. Personal som ingår i ambulanssjukvården ska ha erforderlig utbildning för sin uppgift. Ambulanssjukvården ska även planera för regelbunden utbildning och övning för att personalen ska kunna upprätthålla och utveckla den katastrofmedicinska beredskapen och dessutom göra insatser vid allvarlig samhällsstörning. För ett effektivt nyttjande av resurserna ska vittgående samverkan ske mellan ambulanssjukvården i sjukhusområdena. Ambulanssjukvården för respektive sjukhusområde ska även beakta behovet av sjuktransporter utanför farbar väg. Erforderliga avtal med samverkansparter ska därför vid behov tecknas. Detta gäller även för annan vårdgivare eller entreprenör som utgör en del av ambulanssjukvården.

26.2 Sjukvårdsinsats vid sjöräddningens sjuktransporter

Sjöfartsverket ansvarar för sjö- och flygräddning inklusive sjuktransport inom sitt ansvarsområde. Sjö- och flygräddningscentralen (JRCC - Joint Rescue Co-ordination Center) kan också vid behov knyta till sig en stödgrupp som består av samverkanspersoner och experter inom olika områden. Samverkan med JRCC sker via regional tjänsteman i beredskap. VGR ansvar vid sjöräddning "...innebär att varje landsting ska göra en medicinsk bedömning av om sjukvård ska bedrivas eller inte bedrivas, och i vilken form den eventuella sjukvården ska bedrivas."²⁸

Berörda sjukvårdsförvaltningar behöver utifrån detta utforma riktlinjer och rutiner samt skapa en organisation med behörig och utbildad personal som har lämplig utrustning. Inom Västra Götalandsregionen är det den regionala ambulansöverläkaren och AmbuAlarm som svarar för samordning av framtagande av regionala riktlinjer och rutiner.

26.3 Utrustning för personal prehospitalt

Personal i Västra Götalandsregionen som ska arbeta prehospitalt ska tillhandahållas nödvändig utrustning för uppgiften. Med utgångspunkt i risk- och sårbarhetsanalysen ska en bedömning göras av vilken utrustning som är nödvändig för att upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap enligt lagen (2006:544). PKMC kommer att initiera en översyn av detta under mandatperioden. Denna kommer också omfatta eventuellt behov av annan utrustning för insatser i masskadesituationer.

²⁸ Källa: Sjukvårdsinsatser vid sjöräddningens sjuktransporter, sid 28. Utgivare: Sjöfartsverket och Socialstyrelsen 2007

27. KATASTROFMEDICINSK INSATSER UTOMLANDS M.M.

Västra Götalandsregionen är en av sex sjukvårdshuvudmän som är skyldiga att upprätthålla en beredskap för katastrofmedicinska insatser utomlands (2008:552).

Västra Götalandsregionen är ålagd att upprätthålla beredskap för katastrofmedicinska insatser som en del av svenska insatser utomlands. På uppdrag av Socialstyrelsen skall Västra Götalandsregionen med kort varsel kunna tillhandahålla personal och materiel för svenska insatser utomlands. Västra Götalandsregionen ska även se till att den utsedda personalen ges tillfälle till utbildning och övning. Detta omhändertas genom den s.k. stödstyrkan vilken förvaltas av Socialstyrelsen. Koncernkontoret/PKMC ansvarar för frågan gentemot Socialstyrelsen.

Vid uppkomna kostnader för Västra Götalandsregionen som är direkt hänförliga till katastrofmedicinska insatser utomlands eller till beredskap för sådana insatser, ska kraven på ersättning ställas till koncernkontoret/PKMC som återkräver kostnaderna hos Socialstyrelsen.

Utöver ansvaret för att upprätthålla en beredskap för katastrofmedicinska insatser utomlands har landsting skyldighet att på begäran ge bistånd till andra kommuner, landsting och svenska myndigheter. Västra Götalandsregionen har ett väl upparbetat gränssamarbete med Norge. Kärnenergiberedskapen i Hallands län kring Ringhals ställer extra krav på regionens förmåga att ge och ta emot såväl nationell som internationell hjälp. PKMC ansvarar för att regionen upparbetar en förmåga att ge och ta emot hjälp.²⁹

28. EVAKUERING AV SJUKVÅRDSINRÄTTNINGAR

Majoriteten av vårdinrättningarna har planer för utrymning vid t.ex. brand vilken behandlar en relativt snabb insats av den drabbade delen av vårdinrättningen. Det saknas dock planering för större evakueringar av vårdinrättningar, vilka kan medföra en evakueringstid på upptill flera dagar.

En omfattande evakuering av ett sjukhus eller annan vårdinrättning är förknippat med många svårigheter, men i samband med en föränderlig riskbild och ändrade förutsättningar inom vården kan evakuering vara en verklighet som vi ställs inför. Många patienter kan vara medicinskt instabila och beroende av såväl personal som medicinteknisk utrustning är en total evakuering endast en sista utväg och måste då genomföras på ett planerat och ordnat sätt.

Evakueringsplaneringen bör vara en del av den katastrofmedicinska krisberedskapsplaneringen. Den lokala katastrofmedicinska kommittén bör i samverkan med RKMK ta fram en evakueringsplan. Till stöd för det arbetet kan användas den checklista PKMC tagit fram, i samarbete med Socialstyrelsen, för

²⁹ I enlighet med fastställda riktlinjer av MSB samt ”EU Host nation support guidelines”

evakueringsplanering.³⁰ RKMK bör ta fram en regional evakueringsplan med tillhörande fördelningsnyckel till stöd för det lokala arbetet.

29. UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING

Dokumentationen av erhållna erfarenheter ska analyseras, utvärderas och återföras till berörda förvaltningar. I kvalitetsarbetet ingår planeringsprocessen samt utvärderingen av genomförda insatser eller övningar. Resultatet av utvunna erfarenheter och dess analys ska implementeras i förändrings- och utvecklingsarbetet. System för planering, utförande, uppföljning och utveckling av den katastrofmedicinska beredskapens verksamhet ska säkerställas för att systematiskt och fortlöpande säkra kvaliteten inom verksamheten.

30. EXTERNA VÅRDGIVARE OCH ENTREPRENÖRER

Externa vårdgivare och entreprenörer som utgör en del av Västra Götalandsregionens ansvarsområde ska ha god kännedom om sin roll i den katastrofmedicinska beredskapen. Upphandlingsavtalen ska innehålla vilka ansvarsområden den externa vårdgivaren eller entreprenören har vid en eventuell allvarlig händelse.

³⁰ Se bilaga 5 ur Handbok - Evakuering av Vårdinrättning, 2014-03-03, PKMC samt Prevecon Brand & Riskkonsult AB

31. BILAGOR

Bil. 1

Relevanta propositioner, lagar och förordningar och anvisningar samt andra styrande dokument för planeringen av krisberedskapen:

Propositioner

- Prop. 2001/02:158, Samhällets säkerhet och beredskap
- Prop. 2005/06:133, Samverkan vid kris – för ett säkrare samhälle
- Prop. 2007/08:92, Stärkt krisberedskap – för säkerhets skull
- Prop. 2007/08:138, Katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands
- Prop. 2009/10:232, Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige

Lagar och förordningar

- Lag (2010:659) (Ändrad 2014:888) Patientsäkerhetslagen
- Lag (2009:641) (Ändrad 2014:1369) Offentlighets- och sekretessförordningar
- Lag (2009:400) (Ändrad 2014:1563) Offentlighets- och sekretesslag
- Lag (2008:552) om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands
- Lag (2008:355) (Ändrad 2014:829) Patientdatalag
- Lag (2006:544) (Ändrad 2010:455) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap
- Lag (2004:168) (Ändrad 2014:1549) Smittskyddslag
- Lag (2003:778) (Ändrad 2014:688) om skydd mot olyckor
- Lag (1996:627) (Ändrad 2014:592) Säkerhetsskyddslag
- Lag (1994:1809) (Ändrad 2014:686) om totalförsvarsplikt
- Lag (1992:1403) (Ändrad 1999:946) om totalförsvaret och höjdberedskap
- Lag (1991:900) (Ändrad 2014:573) Kommunallagen, 3 kap. 19 §
- Lag (1982:763) (Ändrad 2014:822) Hälso- och sjukvårdslag
- Förordning (2006:942) (Ändrad 2014:1305) om krisberedskap och höjd beredskap
- Förordning (2006:637) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap
- Förordning (2004:255) (Ändrad 2014:1295) Smittskyddsförordningen
- Förordning (2008:553) (ändrad 2015:312) om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands

SOSFS

- 2011:9 Föreskrifter och allmänna råd om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- 2013:22 Föreskrifter och allmänna råd om Katastrofmedicinsk beredskap
- 2009:10 Föreskrifter om Ambulanssjukvård m.m.

- SOSFS 2008:4 Informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården
- SOSFS 2007:11 (Ändrad 2009:18) Skydd mot internationella hot mot människors hälsa

MSBFS

- MSBFS 2009:11 Föreskrifter om civila myndigheters kryptoberedskap
- MSBFS 2015:4 Föreskrifter om landstings risk- och sårbarhetsanalyser

Arbetsmiljöverket

- AFS 1996:7 Utförande av personlig skyddsutrustning
- AFS 2001:03 Användning av personlig skyddsutrustning
- Arbetsmiljöverkets regler om personlig skyddsutrustning

Regeringskansliet

- Hagadeklarationen rörande samhällsskydd och krisberedskap

Anvisningar

- Rekommendationer för varselkläder på skadeplats
- Anvisningar för personsanering och personligt skydd i Västra Götalandsregionen; Fastställd av RKMK 2005-11-25. Reviderad april 2011.
- Behandlingsanvisningar vid händelse med kemiska ämnen. Fastställd av RKMK 2006-05-10. Reviderad januari 2011.
- Dimensioneringsmall för olika publika evenemang.

Bil 2

MSBFS 2015:4 Föreskrifter om landstings risk- och sårbarhetsanalyser

I enlighet med Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps föreskrifter landstings risk- och sårbarhetsanalyser; 7 § ska landstingets risk- och sårbarhetsanalys redovisas enligt följande punkter:

- Övergripande beskrivning av landstinget.
- Övergripande beskrivning av arbetsprocess och metod.
- Övergripande beskrivning av landstingets identifierade samhällsviktiga verksamhet.
- Identifierade och värderade risker, sårbarheter samt kritiska beroenden för landstinget och dess verksamhet.
- Övergripande beskrivning av särskilt viktiga resurser som landstinget kan disponera för att hantera extraordinära händelser.
- Bedömning av landstingets förmåga att motstå och hantera identifierade risker som kan leda till en extraordinär händelse.
- Planerade och genomförda åtgärder med anledning av risk- och sårbarhetsanalysens resultat.

Förmågebedömning

Krisberedskapsförmåga ska bedömas utifrån delförmågorna krishanteringsförmåga och förmåga i samhällsviktig verksamhet att motstå allvarliga störningar. Dessa delförmågor ska bedömas med hjälp av nedanstående indikatorer.

Indikatorer på krishanteringsförmåga

Ledning, samverkan och information

- Det finns en aktuell krisledningsplan som är känd i organisationen.
- Det finns en regelbundet utbildad och övad beredskaps- och ledningsorganisation.
- Beredskapsorganisationen disponerar nödvändiga resurser i form av lokaler samt tekniska system för bland annat kommunikation och lägesbild och den kan verka dygnet runt under minst en veckas tid.
- Det finns rutiner och tekniskt stöd för information till allmänheten och till media, samt för intern information.
- Det finns nätverk (t.ex. med andra myndigheter, kommuner, landsting eller näringsliv) för samverkan och att samverkansövningar genomförs regelbundet.
- Behov av samverkan med andra aktörer är identifierade och tillgodosedda.

Informationssäkerhet

- Det finns tillräcklig förmåga hos kommunen eller landstinget att upprätthålla informationstillgångarnas konfidentialitet, riktighet och tillgänglighet.

Larm

- Det finns övade larmrutiner.
- Landstinget har en utbildad och övad tjänsteman i beredskap (TiB) som har beredskap dygnet runt alla dagar på året.

Omvärldsbevakning

- Det finns en omvärldsbevakning som tidigt kan varna för allvarliga kriser som kan leda till extraordinära händelser.
- Det finns rutiner och tekniskt stöd för att snabbt sprida information till den egna organisationen och andra aktörer.

Materiella resurser

- Det finns materiella resurser för krishantering som kan tas i bruk med kort varsel och som har en uthållighet om minst en vecka.
- Det finns en förmåga att omfördela interna materiella resurser samt en förmåga att ta emot externa materiella förstärkningsresurser.

Personella resurser

- Det finns regelbundet utbildad och övad personal som är tillgänglig med kort varsel och som kan verka under minst en vecka.
- Det finns möjlighet att omfördela personal inom kommunen respektive landstinget samt att ta emot extern personal som förstärkning.

Praktisk erfarenhet

- Inträffad skarp händelse hade beröringspunkter med det beskrivna scenariot.
- Genomförd övning hade beröringspunkter med det beskrivna scenariot.

Indikatorer på förmåga i samhällsviktig verksamhet att motstå allvarliga störningar

Informationssäkerhet

- Det finns redundans och robusthet inom kommunens respektive landstingets kommunikationssystem (IT, tele, radio).
- Det finns tillräcklig förmåga hos kommunen eller landstinget att upprätthålla informationstillgångarnas konfidentialitet, riktighet och tillgänglighet.

Säkerhet och robusthet i samhällsviktig infrastruktur

- Det finns redundans och robusthet i kommunens respektive landstingets infrastruktur.

Reservkraft

- Det finns testad reservkraft med en uthållighet om minst en vecka.

Möjlighet att flytta den samhällsviktiga verksamheten till annan plats

- Det finns genomförda förberedelser på den alternativa platsen.
- Flytt av verksamheten till alternativ plats är övad.

Materiella resurser

- Det finns materiella resurser för att motstå allvarliga störningar, vilka kan tas i bruk med kort varsel efter att scenariot har inträffat och som har uthållighet om minst en vecka.
- Det finns en förmåga att omfördela interna materiella resurser samt en förmåga att ta emot förstärkningsresurser.

Personella resurser

- Det finns regelbundet utbildad och övad personal som är tillgänglig med kort varsel och som kan verka under minst en vecka.
- Det finns möjlighet att omfördela personal inom kommunen respektive landstinget samt att ta emot förstärkningsresurser.

Samverkan

- Behov av samverkan med andra aktörer är identifierade och tillgodosedda.

Praktisk erfarenhet

- Inträffad skarp händelse hade beröringspunkter med det beskrivna scenariot.
- Genomförd övning hade beröringspunkter med det beskrivna scenariot.

Bedömningsnivåer

Följande bedömningsnivåer ska användas vid en samlad bedömning av var och en av de båda delförmågorna krishanteringsförmåga och förmåga i samhällsviktig verksamhet att motstå allvarliga störningar.

Nivå	Beskrivning av förmåga
1	Förmågan är god
2	Förmågan är i huvudsak god, men har vissa brister
3	Det finns en viss förmåga, men den är bristfällig
4	Det finns ingen eller mycket bristfällig förmåga

Bedömningen att förmågan är **god** innebär att kommunen respektive landstinget bedöms ha resurser och kapacitet att kunna lösa de uppgifter som är samhällsviktiga vid extraordinära händelser.

Att förmågan är **i huvudsak god men har vissa brister** innebär att samhällsservice i viss mån åsidosätts för att prioritera mer akut verksamhet. Kommunen respektive landstinget har inte tillräckligt med resurser för att lösa sina uppgifter på ett tillfredsställande sätt.

Bristfällig förmåga innebär att kommunens respektive landstingets resurser kraftigt understiger det som behövs för att lösa de uppgifter som är samhällsviktiga vid extraordinära händelser.

Att det inte finns någon förmåga eller att den är **mycket bristfällig** innebär att kommunen respektive landstinget står i det närmaste oförberett.

Bilaga 3

Antidotohantering i Västra Götalandsregionen

I Västra Götalandsregionen förekommer olika lager med antidoter och dessa hanteras på lite olika sätt det är därför viktigt att beakta vilken antidot man efterfrågar och under vilken organisation dessa ligger. Under mandatperioden ska PKMC samordna en översyn av antidotohanteringen inom regionen i samverkan med förvaltningar och regionens läkemedelschef.

Sedan 2008 beredskapslagrar Socialstyrelsen vissa motmedel mot kemiska och radionukleära händelser på tre apotek: Apoteket Universitetssjukhuset MAS i Malmö, Apoteket Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Sahlgrenska i Göteborg samt på Apoteket C W Scheele i Stockholm.

Läkemedel från förråden kan vid behov rekvireras av jourhavande läkare/bakjour på aktuell klinik oavsett landsting. På Apoteket C W Scheele finns dessutom ett mobilt lager som alla landsting har möjlighet att rekvirera inför en händelse/eventemang med ökad riskbild.

För ytterligare information kontakta Regional Tjänsteman i Beredskap (RTiB), Socialstyrelsen, Enheten för krisberedskap eller Giftinformationscentralen.

Ta kontakt med SOS Alarm och fråga efter regional tjänsteman i beredskap (R-TiB) för att få hjälpa med att mobilisera antidoter.

Bilaga 4 Definitioner (Socialstyrelsens terminologibank)

Allvarlig händelse	Händelse som är så omfattande eller allvarlig att resurserna måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt
Beredskap	Tillstånd att vara beredd på kommande händelse
Extraordinär händelse	Händelse som avviker från det normala, innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och kräver skyndsamma insatser av en kommun eller ett landsting
Fullständig personsanering	Innebär noggrann tvättning för att avbryta fortsatt exponering samt att undvika att det farliga ämnet, via kontaminerad person eller kontaminerad materiel, förs vidare till rena miljöer
Förstärkningsläge	Beredskapsläge som innebär att en särskild sjukvårdsledning vidtar åtgärder för förstärkning av vissa viktiga funktioner
Hälso- och sjukvård	Åtgärder som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
Höjd beredskap	Beredskap att stärka Sveriges försvarsförmåga
Katastrof	Allvarlig händelse där tillgängliga resurser är otillräckliga i förhållande till det akuta behovet och belastningen är så hög att normala kvalitetskrav trots adekvata åtgärder inte längre kan upprätthållas
Katastrofläge	Beredskapsläge som innebär att en särskild sjukvårdsledning vidtar åtgärder för förstärkning av alla viktiga funktioner
Katastrofmedicinsk beredskap	Beredskap som krävs för att omhänderta drabbade och minimera de somatiska och psykiska följdverkningarna vid allvarlig händelse
Katastrofmedicinsk beredskapsplan	Fastställd plan som beskriver hur hälso- och sjukvården ska organiseras vid allvarlig händelse
Katastrofmedicinsk kommitté	Kommitté som har till uppgift att vara samordnande, rådgivande och planerande inom den katastrofmedicinska beredskapen

Krisstöd	Grundläggande medmänskligt, praktiskt, psykologiskt och socialt stöd efter en svår upplevelse
Larmcentral	Plats där ingående larm tas emot och vidarebefordras till berörda instanser
Ledning	Aktivitet som syftar till att definiera en verksamhets uppgift och se till att tillgängliga resurser samordnas och nyttjas på bästa sätt för den uppgift som ska lösas
Livräddande personsanering	Innebär att snabbast möjligt avbryta eller reducera exponeringen för ett farligt ämne och utförs av räddningstjänstens personal i skadeområdet
Medicinskt ansvarig	Den ur hälso- och sjukvårdspersonalen som prioriterar och beslutar om medicinska åtgärder
Normativ ledning	Tolkning av organisationens uppgift och ansvar
Operativ ledning	Genomföra beslutade aktiviteter, ledning av insatsen inom tilldelad ram
Personlig skyddsutrustning	Skyddsutrustning som är avsedd att användas av en person till skydd mot en eller flera hälso- eller säkerhetsrisker
POSOM-grupp	Grupp som verkar inom kommunen och som är avsedd att leda och samordna det psykologiska och sociala krisstödet till drabbade, anhöriga och personal vid allvarlig händelse
Prehospital akutsjukvård	Omedelbara medicinska insatser som görs av hälso- och sjukvårdspersonal utanför sjukhus
Risk	Ett mått på de skadliga konsekvenserna av en specifik händelse
Sjuktransport	Transport av patient från hämtplats till destination med transportmedel särskilt inrättat för ändamålet
Sjukvårdsgrupp	Grupp bestående av hälso- och sjukvårdspersonal med särskild katastrofmedicinsk utbildning som är utrustad för arbete inom skadeområde

Sjukvårdsledare	Person i hälso- och sjukvården som administrativt leder sjukvårdens arbete
Skadehändelse	Händelse som orsakar skador på människor, miljö eller egendom
Skadekort	Journalhandling som används av hälso- och sjukvårdspersonal vid arbete inom skadeområde
Skadeplats	Plats där skadehändelse har inträffat
Stabsläge	Beredskapsläge som innebär att en särskild sjukvårdsledning håller sig underrättad om läget, vidtar nödvändiga åtgärder och följer händelseutvecklingen
Strategisk ledning	Besluta om ramar och inriktning för insatsen, bedöma resursbehov och resursfördelning på kort och lång sikt, prioritera resurser och samordna insatsen
Särskild sjukvårdsledning	Förberedd organisation för att leda hälso- och sjukvårdens insatser vid allvarlig händelse
Tjänsteman i beredskap	Person i beredskap som kan ta emot larm vid allvarlig händelse

Bilaga 5 – Förslag till checklista för evakueringsplanering

Tabell 1 visar en checklista som kan användas vid evakueringsplaneringen, det vill säga som en hjälp vid framtagandet av en evakueringsplan. Checklistan skall användas som ett stödande dokument vid den övergripande planering och måste därför anpassas till de regionala och lokala förhållandena. Checklisten är i stora drag uppdelad i en *planeringsdel* och en *utvärderingsdel*. I varje del finns ett antal frågor som skall besvaras och ett efterföljande kommentarsfält. Tanken är att svaren på planeringsdelens frågor skall ligga till grund för den lokalt utarbetade evakueringsplanen. Detta arbete görs alltså före en allvarlig händelse som en del av det proaktiva arbetet. Vissa frågor kan behöva besvaras mer utförligt och omfattningen av dessa svar varierar mellan olika landsting. Svaren kan resultera i att åtgärder måste genomföras för att justera identifierade brister. Ansvar för att dessa åtgärder genomförs åligger respektive chef.

Den sista delen, efter evakuering, är ett förslag på vilka frågor som skall besvaras efter en evakuering har inträffat, det vill säga i samband med utvärderingen. Resultatet av dessa frågor kan sedan användas som underlag för förbättring av den framtida katastrofmedicinska beredskapen dels inom den egna verksamheten och dels inom andra verksamheter som kan komma att ställas inför liknande situationer.

Tabell 1. Checklista för evakuering av vårdinrättningar

	Ja	Nej	Kommentar
PLANERING FÖRE EVAKUERING			
Har det funnits/finns det en tidigare evakueringsplan (EP)?			
Har planen övats eller planeras att övas?			
Har personalen utbildats i katastrofmedicinsk beredskap?			
Är EP skriven utifrån en risk- och sårbarhetsanalys?			
Sker ett riskreducerande arbete och är i så fall riskreduktion genomförd?			
Finns det samverkan med andra aktörer? Är EP skriven tillsammans med dessa?			
Är ledningsstrukturen för en allvarlig händelse/evakueringssituation känd inom organisationen?			
Är det tydligt vem (vilken funktion) som fattar beslut om evakuering?			
Finns det kända larmvägar och larmplaner?			
Finns det tydliga			

kommunikationsvägar?			
Finns det någon policy för mediahantering?			
Hur stoppas pågående aktiviteter exempelvis operation, IVA?			
Hur sker inventering av patienter och resurser?			
Finns det ett gemensamt triagesystem för patienter?			
Finns det förutbestämt hur patientlogistiken genomförs och hur tillhörande förnödenheter skickas med?			
Finns det uttalad uppsamlingsplats?			
Finns det uttalade plats/er för inrymning efter evakuering d.v.s. externa lokaler? Är dessa kontakter tagna?			
Finns det kända/förutbestämda sjukhus att flytta patienter till?			
Vid förekomst av specialistvårdspatienter, finns det avtal med andra specialistsjukhus som kan ta emot patienter?			
Hur och vem samordnar patientförflyttningen (internt/externt)?			
Finns det särskilda transportenheter? Finns det transportprotokoll?			
Finns det transport-team som följer med patienten under evakueringen?			
Finns det ett ställningstagande gällande vilka patienter och vilken utrustning som kan komma att behöva lämnas kvar?			
Finns det planering för intern/extern informationsspridning?			
Är sjukhusets byggnadstekniska struktur (utrymningsvägar etc.) och skalskydd fullgott?			
Finns det backup/stöd/reserv för kritiska funktioner?			

- El - Vatten - Telefoni - Journalhantering - Medicinskåp - Medicinskteknisk utrustning - Säkerhet			
Har personaltillgången säkrats?			
Finns tillräcklig kompetens?			
Kan patientsekretessen säkras?			
Kan externa leverantörer leverera enligt avtal?			
Finns det planering för internt stöd till verksamheten? - Instrument - Mat och förnödenheter - Patientrelaterade artiklar - Mediciner			
Finns det planering för återhämtning av verksamheten, personalen och patienterna?			
UNDER EVAKUERING			
Under evakueringen bör en lokalt utarbetad evakueringsplan användas. Denna kan tas fram utifrån ovanstående innehåll samt de egna förutsättningarna och resurserna. Under evakueringen bör tidsuppskattningar göras för att bilda en uppfattning om möjligheten till återhämtning ur olika perspektiv (byggnadstekniskt/personal/kritiska funktioner)			
UTVÄRDERING EFTER EVAKUERING			
Var inträffad händelse en känd riskfaktor?			
Fungerade larmkedjan?			
Fungerade ledningen?			
Upplevdes beslutet klart och tydligt?			
Fungerade kommunikationen?			
Fungerade informationsvägarna internt och externt?			
Fungerade samarbetet med samverkande organisationer?			
Fungerade kritiska funktioner?			
Var resursuppskattningen/personalbehovet optimalt uppskattat?			
Fanns tillräckliga			

transportresurser?			
Fungerade transportprotokollen?			
Uppfylldes patientsekretessen?			
Fungerade inventering av patienter och resurser?			
Fungerade triage av patienterna?			
Fungerade mottagning av patienter på andra sjukhus?			
Fungerade matchning av patienter med specialistbehov till respektive mottagande sjukhus?			
Bibehölls säkerheten på arbetsplatsen?			
Fungerade externa leveranser?			
Finns/fanns det planering för återhämtning?			
Har patienterna erbjudits krisstöd?			
Har personalen erbjudits krisstöd?			
Har normalitet uppnås eller kommer det att kunna uppnås?			
Har en granskning av evakueringen gjorts/planerar att göras?			

Bilaga 6 Indikatorer för bedömning av VGR/förvaltningarnas generella krisberedskap

Förvaltningsledningen har rapporterat en årligen sammanställd uppföljning av gjord risk- och sårbarhetsanalys till VGR koncernkontor/PKMC

Redovisningen av årligen sammanställd uppföljning av risk- och sårbarhetsanalys fastställs av förvaltningsledningen

Samtliga delar av förvaltningens verksamhet beaktas och vid behov involveras i arbetet med risk- och sårbarhetsanalyser.

Risk- och sårbarhetsanalysen används som underlag vid planering och beslut om åtgärder för att stärka förvaltningens krisberedskap.

Förvaltningsledningen beslutar hur de risker som identifierats i risk- och sårbarhetsanalysen ska hanteras.

Relevanta delar av redovisningen från risk- och sårbarhetsanalysen görs tillgänglig för beslutsfattare och anställda inom landstinget, berörda aktörer inom ansvarsområdet.

Det finns en övad och utbildad Tjänsteman i Beredskap (TiB) eller motsvarande som har beredskap dygnet runt alla dagar på året.

Förvaltningen bedriver omvärldsbevakning i samverkan med berörda aktörer inom koncernkontoret i syfte att tidigt kunna identifiera och varna för bl.a. extraordinära händelser och allvarliga samhällsstörningar

Förvaltningen har en fastställd plan för hur de ska hantera extraordinära händelser och allvarlig samhällsstörning som beskriver a. hur förvaltningen ska organisera sig under en sådan händelse (krishanteringsorganisation)

Planen beskriver hur förvaltningens krishanteringsorganisation leder, samordnar, samverkar samt säkerställer samband för att hantera en extraordinär händelse, vilka lokaler för ledning och samverkan som disponeras vid en extraordinär händelse

Förvaltningens planering för att förebygga risker och sårbarheter samt planer för att hantera extraordinära händelser är framtagna i samverkan med andra aktörer, såväl offentliga som privata.

Det finns dokumenterade rutiner för att aktivera krishanteringsorganisationen.

Det finns en beslutsordning med angivet mandat för krishanteringsorganisationen.

Inom krishanteringsorganisationen finns möjlighet att bedriva

- a. operativ ledning
- b. samverkan
- c. omvärldsbevakning
- d. framtagande av lägesbild
- e. kriskommunikation
- f. analys av händelseutvecklingen av en händelse på kort och lång sikt

Det finns rutiner och planer för att upprätthålla samhällsviktiga verksamheter som förvaltningen bedriver eller ansvarar för. Exempelvis kontinuitetsplaner. De samhällsviktiga verksamheter som förvaltningen bedriver eller ansvarar för ska vara beskrivna inom risk- och sårbarhetsanalysen.

Planen för hantering av extraordinära händelser eller allvarlig samhällsstörning och planerna för att upprätthålla samhällsviktig verksamhet kontrolleras minst en gång per år och revideras vid behov.

Landstinget har tagit initiativ till att aktörer inom ansvarsområdet samverkar och uppnår samordning i planerings- och förberedelsearbetet inför hanteringen av extraordinära händelser och allvarliga samhällsstörningar.

Förvaltningen har fastställda rutiner för att upprätta och förmedla en samlad lägesbild inom landstingets ansvarsområde avseende extraordinära händelser och allvarliga samhällsstörningar.

Förvaltningen har fastställda rutiner för deltagande i regionala samverkanskonferenser.

Förvaltningen har fastställda rutiner för att information till allmänheten samordnas vid en extraordinär händelse eller och allvarliga samhällsstörning.

Det finns informationskanaler för att ta emot och dela information vid extraordinära händelser eller allvarliga samhällsstörningar exempelvis genom WIS, Rakel, sociala medier, webbsidor, VMA, informationsnumret 113 13 eller motsvarande

- internt inom egen organisation och till regionen i övrigt
- till andra landsting och regioner
- till länsstyrelsen och andra regionala krisberedskapsaktörer
- till Socialstyrelsen
- till allmänheten vid inträffad händelse

Det finns alternativa lösningar för att upprätthålla förvaltningens prioriterade kommunikation exempelvis alternativa lösningar för IT-, tele- och radiosystem.

- internt inom egen organisation och till regionen i övrigt
- till andra landsting och regioner
- till länsstyrelsen och andra regionala krisberedskapsaktörer
- till Socialstyrelsen
- till allmänheten vid inträffad händelse

Förvaltningen bedriver ett systematiskt arbete med informationssäkerhet i enlighet med tillämplig informationssäkerhetsstandard (ex. ISO/IEC 27001, ISO/IEC 27002) på området.

Förvaltningen har rutiner för att identifiera och hantera kritiska beroenden till system och tjänster för informationshantering som är av central betydelse för landstingets verksamhet.

Förvaltningen ställer krav på informationssäkerhet i förhållande till externa aktörer när informationshantering upphandlas av extern leverantör och när förvaltningens verksamhet bedrivs av extern leverantör.

Personalen i krishanteringsorganisationen har utbildning och kännedom om sin och förvaltningens roll och ansvar vid en extraordinär händelse eller allvarlig samhällsstörning.

Personalen i krishanteringsorganisationen har kännedom om andra relevanta aktörers roller och ansvar vid extraordinära händelser eller allvarliga samhällsstörningar.

Finns det en utbildnings- och övningsplan för mandatperioden som efterföljs?

Har krishanteringsorganisationen övats under det gångna året?

Har förvaltningen under det gångna året deltagit i planering, genomförande eller utvärdering av samverkansövning på regional och/eller nationell nivå?

Övas rutiner för samlad lägesbild, deltagande i samverkanskonferenser och samordning av information till allmänheten vid en extraordinär händelse eller allvarlig samhällsstörning?

Har förvaltningen utvärderat egna svagheter och styrkor vid de övningar som genomförts under det gångna året?

Utvärderades egen förmåga att samverka med andra aktörer ha utvärderats.

Har förvaltningen rutiner för att ta till vara erfarenheter från inträffade händelser och övningar?

Förvaltningen har en behovsanalys av vilka materiella och personella resurser som krävs för att hantera extraordinära händelser och allvarliga samhällsstörningar

Förvaltningen har uppdaterad/aktuell dokumentation rörande vilka interna prioriterade materiella och personella resurser som finns att tillgå vid en extraordinär händelse och allvarlig samhällsstörning.

Det finns rutiner för att genomföra underhåll och kontrollera funktionalitet på de materiella resurserna som endast används vid extraordinära händelser och allvarliga samhällsstörningar.

Det finns avtal och/eller överenskommelser med externa aktörer om förstärkningsresurser vid extraordinära händelser och allvarliga samhällsstörningar.

Det finns rutiner för att begära och ta emot förstärkningsresurser (materiella och personella) från externa aktörer (lokala/regionala/nationella/internationella) i samband med extraordinära händelser och allvarliga samhällsstörningar.

Lokalerna till krishanteringsorganisationen är utrustade och testade avseende åtminstone elförsörjning, med möjlighet till reservkraftsförsörjning, till lokaler, arbetsplatser och tekniska system med en uthållighet om minst en vecka, it-försörjning, tekniska system för kommunikation och samlad lägesbild (t.ex. Rakel och WIS), tillgång till vatten för hantering av mat, dryck och hygien som medger uthållighet om minst en vecka.

Det finns utpekad alternativ lokalisering för krishanteringsorganisationen.

Informationsärende E

Info-ärende E

Tjänsteutlåtande

Datum 2015-09-17

Diarienummer NU

Västra Götalandsregionen**NU-sjukvården/Område III**

Handläggare: Majvor Martinsson

Telefon: 010-435 65 27

E-post: majvor.martinsson@vgregion.se

Till NU-sjukvårdens styrelse

Konsekvensbeskrivning av om Vuxenpsykiatri åter öppnar vårdplatserna på avdelning 70, 2015-11-01

Sammanfattning av ärendet

VO Vuxenpsykiatri Slutenvård har mycket svårt att rekrytera sjuksköterskor. Av denna anledning, samt för att det var många vårdplatser lediga inom Vuxenpsykiatri under våren 2015, så beslutades att förlänga sommarstängning av avdelning 70 (17 vårdplatser) under tiden 2015-08-25—2015-10-31. Under den tiden utreds frågan om återöppnande eller permanent stängning av dessa vårdplatser.

Verksamheten bedömer att det blir svåra konsekvenser av ett återöppnande av avdelning 70, se nedan.

Fördjupad beskrivning av ärendet

Konsekvensbeskrivning av återöppnande av avdelning 70 efter förlängd sommarstängning.

Verksamheten har beräknat vilka möjligheter att förbättra patientsäkerhet och arbetsmiljö som ges om avdelning 70 stängs permanent. Dessa tänkta åtgärder är ej möjliga att genomföra om avdelning 70 åter öppnas. Det innebär:

- Ingen möjlighet att erbjuda utglesad helgtjänstgöring för sjuksköterskor. Om psykiatri skulle minska med en vårdavdelning skulle två sjukskötersketjänster per avdelning skulle tillföras kvarvarande avdelningar för att möjliggöra utglesad helgtjänstgöring. Då stora delar av NU-sjukvården erbjuder sjuksköterskor möjlighet till utglesad helgtjänstgöring (två av fem) medför psykiatrins tjänstgöring varannan helg en försvårande faktor vid rekrytering av sjuksköterskor.
- Om avdelning 70 skulle vara fortsatt stängd skulle det anställas en kurator som skulle vara knuten till tre av psykiatrins avdelningar på NÄL. Där saknas denna kompetens idag. Om avdelning 70 öppnas igen kommer det inte att finnas ekonomiskt utrymme för denna anställning.
- För några avdelningar är läget besvärligt avseende sjuksköterskebemanningen. Cirka 35 av 102 sjuksköterskebefattningar är vakanta.

Förhoppningen var att kunna ha mer välbemannade avdelningar genom att de sjuksköterskor som blev tillgängliga genom stängningen av en avdelning skulle kunna medföra bättre sjuksköterskebemanning på kvarvarande avdelningar. Om avdelning 70 åter öppnas kommer ett antal andra psykiatriska vårdplatser att behöva stänga, åtminstone temporärt, på grund av bristfällig sjuksköterskebemanning.

Beläggningsstatistik

Beläggningen är genomgående lägre 2015 än 2014. Det gäller även de två veckor som hunnit registreras i september 2015, under förlängd sommarstängning av avd.70.

Se bilaga 1 och 2.

Beredning

Beredning av ärendet har gjorts av verksamhetschef Kent Storm och utvecklingscontroller Annika Karlsson.

NU-sjukvården

Majvor Martinsson
Områdeschef Område III

Bilaga

- Beläggningsstatistik januari-augusti 2014 och 2015, bil 1
- Beläggningsstatistik v.36 och 37 2014 och 2015, bil 2

NU- Sjukvården Område III vuxenpsykiatri

Beläggingsprocent Allmän vuxenpsykiatri slutenvård 2014, 2015

AVD	47		57		64		67		70		95		96		Genom-Snitt/mån	
ÅR Månad	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Januari	109,9	87,7	104,7	102,8	107,7	101,4	115,2	111,1	103,2	93,4	84,1	93,5	88,2	93,8	101,9	97,8
Februari	114,5	92,6	105,7	99,8	102,9	104,9	113	101,3	95	88,4	96,2	84,7	92,6	91,8	102,8	94,8
Mars	110,6	69,8	104,9	71	103	72,2	107,1	83,4	95,1	81,4	96,1	85,3	94,9	87,1	101,7	78,6
April	105,2	84,3	101,8	88	109,6	90,4	100,2	97,9	93,8	78	96	84	94,8	83,1	100,2	86,5
Maj	101,2	84,8	107,5	75,9	113,3	85,3	112,7	79,3	96,8	85	96,8	88,2	94,7	85,7	103,3	83,5
Juni	89,3	92,5	85,6	95,3	91,6	89,8	82,7	101	71,8	68,5 t v25	81,7	95,5	85	91,9	84,0	90,6
Juli	88,9	73	90,9	88,3	90,2	88,9	103,4	108,1	X	X	93,5	85,5	91,2	84,1	93,0	88,0
Augusti	106,2	96,1	99,6	96	97,3	96	103,4	109,7	X	X	91,9	83,4	97,5	85	99,3	94,3
Genomsnitt Per avd	103,2	85,1	100,1	89,6	102,0	91,1	104,7	99,0	92,6	82,4	92,0	87,5	92,3	87,8	98,1	86,6

Beläggning % vecka 2014 och 2015 Vuxenpsykiatri allmän slutenvård

AVD	47	57	64	67	95	96	Genomsnitt
Vecka							
36 2014	115,3	96,2	107,1	113,3	87,8	90,8	101,8
2015	108,2	101,9	103,6	120,4	88,8	92,9	102,6
37 2014	104,1	100	116,3	116,3	96,9	86,7	103,4
2015	115,3	96,2	107,1	113,3	87,8	90,8	101,8

2014 var även avdelning 70 öppen med 17 vårdplatser dessa veckor.