

Regional katastrofmedicinsk beredskapsplan

Regional Katastrofmedicinsk beredskapsplan

för Stockholms läns landsting



Stockholms läns landsting

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Medicinsk stab

Enheten för katastrofmedicinsk beredskap (EKMB)

Innehåll

FÖRORD TILL REVIDERAD UPPLAGA 2017	4
INLEDNING	5
KATASTROFMEDICINSK BEREDSKAP	6
Definitioner	6
Mål för katastrofberedskapen i Stockholms läns landsting	7
Balans mellan behov och resurser	7
Resurser i Stockholms läns landsting (SLL)	8
Gränssättande faktorer inom hälso- och sjukvården i SLL	9
Lagstiftning, föreskrifter och allmänna råd	10
Ansvar och befogenheter	11
Andra samverkande myndigheter och organisationer	14
Funktions- och driftsäkerhet	17
RISK-, SÅRBARHETSANALYS OCH FÖRMÅGEBEDÖMNING	18
Risker och hot	18
Förmågebedömning	19
KATASTROFMEDICINSK BEREDSKAPSPLANERING	
I STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING	20
Regional katastrofmedicinsk beredskapsplan	20
Beredskapslägen på regional nivå	20
Lokal katastrofmedicinsk beredskapsplan (akutsjukhus)	22
Beredskapslägen på lokal nivå (akutsjukhus)	23
Katastrofmedicinsk beredskapsplanering och beredskap inom ambulanssjukvården	24
UTRUSTNING/UTMÄRKNING	25
Utmärkning	25
Sjukvårdsgruppens utrustning	26
Katastrofsjukvårdsenhet	26
Mobil saneringsenhet	27
Personlig skyddsutrustning	27

LEDNING OCH ORGANISATION	28
Hälso- och sjukvårdens ledning vid allvarlig händelse	28
Ledningsnivåer	29
Särskild sjukvårdsledning på lokal nivå	29
Ledning på lokal nivå – skadeområde	30
Sambandsorganisation i ett skadeområde	33
Ledning på lokal nivå – akutsjukhus	33
Ledning på lokal nivå – närsjukvård	33
Ledning på lokal nivå – prioriterings- och dirigeringsfunktionen ...	34
Särskild sjukvårdsledning på regional nivå	34
Extraordinära händelser och SLLs Krisledningsutskott	37
Särskild sjukvårdsledning på nationell nivå	38
Organisation i ett skadeområde	38
BEHANDLINGSPRINCIPER	42
I skadeområde	42
På vårdinrättning	44
KRISKOMMUNIKATION	47
Att kommunicera vid kriser	47
HÄNDELSER MED FARLIGA ÄMNE	49
C: Kemiska olyckor	49
B: Biologiska händelser	51
R/N: Händelser med joniserande strålning	51
E: Explosiva händelser	52
Information om farliga ämnen	53
EPIDEMIBEREDSKAP OCH SMITTSKYDD	54
PSYKOLOGISKT OCH SOCIALT KRISSTÖD	56
Psykologiskt och socialt krisstöd i skadeområdet	56
EVAKUERING AV SJUKVÅRDSINRÄTTNING	58
BILAGOR	59
Bilaga 1. Läkemedelsenhet 1 och 2 för sjukvårdsgrupp	59
Bilaga 2. Läkemedelsförråd A och B för mottagande sjukhus	61
Bilaga 3. Mall för rapportering i och från skadeområde	65
Bilaga 4. Åtgärdslista för sjukvårdsledare	66
Bilaga 5. Sambandsorganisation i ett skadeområde	67
Bilaga 6. Samordning vid evakuering av sjukvårdsinrättning	69
LITTERATUR	70

Förord till reviderad upplaga 2017

Revidering av planen har skett 2017 med uppdatering enligt SOSFS 2013:22 av terminologi, läkemedelslistor, organisation för sjö- och flygräddningstjänst, evakuering av sjukvårdsinrättning, sjukvårdsgrupper, farliga ämnen, kommunikation samt PKL-organisationer och Samverkan Stockholmsregionen.



Barbro Naroskyin
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Inledning

Stockholm är huvudstad och centrum för landets politiska och administrativa ledning. Drygt 20 procent av Sveriges befolkning bor i Stockholms län. Skärgården med ca 30 000 öar ställer speciella krav på sjukvård och räddningstjänst. Hälso- och sjukvården genomgår ständigt förändringar och den katastrofmedicinska beredskapen måste anpassas till de nya strukturerna. Den högspecialiserade akutsjukvården koncentreras till färre enheter och uppdragen för övriga akutsjukhus differentieras. Närsjukvårdens roll i den katastrofmedicinska beredskapen behöver definieras och tydliggöras. Erfarenheter från katastrofen med M/S Estonia 1994, tsunamikatastrofen 2004 samt terroristattacker på Bryggargatan 2010, Paris 2015, Bryssel 2015 och Stockholm 2017, visar att det psykologiska omhändertagandet får allt större betydelse vid en allvarlig händelse.

Naturkatastrofer, smitta, olyckor med kemikalier, omfattande störningar i den tekniska infrastrukturen, terroristangrepp och andra hot är exempel på händelser som årligen drabbar olika samhällen i världen. Sannolikheten för att människor drabbas vid bränder och olyckor vid transporter är hög. Stockholms läns landsting ingår i Samverkan Stockholmsregionen för att kunna samverka med andra aktörer i samhället före, under och efter en allvarlig händelse. Målet för landstingets katastrofmedicinska beredskap är att minimera konsekvenserna för de somatiska och psykiska följdverkningar som kan uppstå vid stor olycka, katastrof, hot, extraordinär händelse eller krig. Beredskapen ska kunna skapa balans mellan behov och resurser såväl inom ett skadeområde som inom ambulanssjukvården, akutsjukvården eller närsjukvården.

Lagstiftning och samverkan skapar goda förutsättningar för ökat samarbete mellan olika landsting och regioner. Inom 20 mils radie från centrala Stockholm finns flera universitetssjukhus, ett stort antal akutsjukhus och omfattande sjuktransportresurser. Stockholms läns landsting har möjlighet att få stöd med resurser från andra landsting och kan bistå andra delar av landet vid allvarlig händelse

Katastrofmedicinsk beredskap

Definitioner

ALLVARLIG HÄNDELSE

Samlingsterm för händelser som är så omfattande eller allvarliga att resurserna måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt.

KATASTROFMEDICINSK BEREDSKAP

(SOSFS 2013:22) beredskap att bedriva hälso- och sjukvård i syfte att minimera följderna vid allvarlig händelse.

STOR OLYCKA

En olycka där tillgängliga resurser är otillräckliga i förhållande till det akuta vårdbehovet men där det genom omfördelning av resurser och förändrad teknik är möjligt att upprätthålla normala medicinska kvalitetskrav.

KATASTROF

En situation där tillgängliga resurser är otillräckliga i förhållande till det akuta vårdbehovet och där belastningen är så hög att normala medicinska kvalitetskrav trots adekvata åtgärder inte längre kan upprätthållas¹.

¹ Beslut om sänkning av medicinska kvalitetskrav vid allvarlig händelse skall ske i samråd mellan TiB/regional särskild sjukvårdsledning, medicinskt ansvarig och den lokala särskilda sjukvårdsledningen. I vissa fall bör beslutet ske i samråd med Socialstyrelsen.

EXTRAORDINÄR HÄNDELSE

Med extraordinär händelse avses en sådan 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.

Mål för katastrofberedskapen i Stockholms läns landsting

Det övergripande målet för den katastrofmedicinska beredskapen i Stockholms läns landsting är att minimera konsekvenserna för de somatiska och psykiska följdverkningar som kan uppstå vid allvarlig händelse.

- ▶ vid stor olycka är målet att kunna mobilisera och omfördela resurser så att normala medicinska kvalitetskrav kan upprätthållas för alla drabbade
- ▶ vid katastrof eller extraordinär händelse är målet att kunna upprätthålla normala medicinska kvalitetskrav för det stora flertalet drabbade.

Vid allvarlig händelse är målet att även upprätthålla normala medicinska kvalitetskrav inom den övriga hälso- och sjukvården i SLL.

Balans mellan behov och resurser

Varje händelse är unik. Den katastrofmedicinska ledningsorganisationen på alla nivåer har som viktigaste uppgift att skapa balans mellan behov och resurser. Hälso- och sjukvårdens förmåga att ta hand om drabbade vid allvarlig händelse är beroende av bl.a.:

- ▶ resurser i skadeområdet
- ▶ sjuktransportresurser
- ▶ resurser på akutsjukhus
- ▶ resurser inom närsjukvården
- ▶ ledningsförmåga.

Resurser i Stockholms läns landsting (SLL)

Målet för det katastrofmedicinska arbetet på alla nivåer är att uppnå en balans mellan det uppkomna behovet och tillgängliga resurser. Akutsjukvården i Stockholms län har stora resurser men också en hård belastning i den dagliga verksamheten. Akutsjukvården i SLL har (2017) tillgång till cirka

- ▶ 3 200 vårdplatser
- ▶ 80 – 90 intensivvårdsplatser
- ▶ 145 operationssalar

Den prehospitla akutsjukvården i SLL disponerar

- ▶ ambulanser
- ▶ akutläkarbil
- ▶ jourläkarbilar
- ▶ ambulanshelikopter
- ▶ intensivvårdsambulans
- ▶ liggande persontransporter
- ▶ sjuktransportenheter.

Sammanlagt fyra sjukvårdsgrupper kan skickas ut från akutsjukhusen i SLL för att förstärka den prehospitla akutsjukvården. Ett antal fordon för liggande persontransporter kan i en katastrofsituation förstärka länets sjuktransportkapacitet.

Primärvårdens ca 200 enheter samt närsjukhusens mottagningar utgör en viktig resurs för omhändertagande av drabbade både i den akuta fasen och i det långsiktiga perspektivet.

Samtliga akutsjukhus i SLL organiserar en PKL-grupp för ledning av katastrofpsykologiska insatser och en krisstödsgrupp för psykologiskt krisstöd till drabbade, deras anhöriga/närstående och till personal.

Gränssättande faktorer inom hälso- och sjukvården i SLL

Det är svårt att förutse vad som sätter gränsen för sjukvårdens förmåga att ge alla drabbade en hälso- och sjukvård med bibehållna medicinska kvalitetskrav. Händelsens svårighetsgrad och karaktär är av avgörande betydelse liksom när på dygnet och var i länet händelsen inträffar. Möjliga gränssättande faktorer är:

- ▶ intensivvårdsplatser med eller utan ventilator
- ▶ isoleringsplatser vid allvarlig smitta
- ▶ operationskapacitet
- ▶ akutmottagningars kapacitet
- ▶ vårdplatser
- ▶ saneringsmöjligheter vid CBRNE-händelser (händelser med kemiska, biologiska, radiologiska, nukleära och explosiva ämnen)
- ▶ mätutrustning och personal som kan utföra mätning vid olyckor med radiologiska eller nukleära ämnen
- ▶ tillgång på sjuktransportresurser
- ▶ ledningskapacitet på alla nivåer
- ▶ uthållighet
- ▶ tillgång på katastrofpsykologisk kompetens
- ▶ tillgång på sjukvårdsmateriel och läkemedel
- ▶ tillgång på personal
- ▶ tillgång till brännskadeplatser.

Risken för störningar i den tekniska försörjningen måste beaktas i planeringen och resurser avsätts för att reducera risken för störningar i sjukvårdens försörjningssystem vad gäller el- tele- och datakommunikation samt vatten och värme.

Eftersom det är svårt att förutse vad som blir begränsande och hur stor kapaciteten är när en olycka inträffar ställs höga krav på ett flexibelt resursutnyttjande. Vidare krävs ett ledningssystem som skapar förutsättningar för en effektiv sjukvårdsledning.

Lagstiftning, föreskrifter och allmänna råd

Landstingen ansvarar för hälso- och sjukvårdens insatser vid allvarlig händelse såväl i fred som under höjd beredskap. De lagar, föreskrifter och allmänna råd som specifikt reglerar hälso- och sjukvårdens ansvar vid allvarlig händelse är:

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30).

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap (SOSFS 2013:22 M).

Lag (2008:552) om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands.

Smittskyddslagen (2004:168) som reglerar smittskyddsläkarens ansvar för länets smittskydd och epidemiberedskap.

Bestämmelser om landstingens beredskapsplanering och ansvar inför höjd beredskap regleras bland annat i:

- ▶ Lag (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap. I denna lag beskrivs landstingets ansvar vid extraordinära händelser.
- ▶ Lagen (1992:1403) om totalförsvaret och höjd beredskap
- ▶ Lagen (1988:97) om förfarandet hos kommunerna, förvaltningsmyndigheterna och domstolarna under krig, krigsfara m.m.
- ▶ Lagen (1994/1720) om civilt försvar
- ▶ Lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt

LSO

Lag om skydd mot olyckor (2003:778) beskrivs ansvaret för samhällets räddningstjänst som delas av staten och kommunerna.

POLISLAGEN

Enligt Polislag (1984:387) 3 § ska samverkan äga rum med andra myndigheter och organisationer vilkas verksamhet berör polisverksamheten.

Ansvar och befogenheter

INITIATIVSKYLDIGHET

De flesta insatser i ett skadeområde sker i samverkan mellan kommunal räddningstjänst, polis och sjukvård, var och en styrd av egen lagstiftning. Det pågår parallellt en räddningsinsats, en polisinsats och en sjukvårdsinsats där varje organisation fattar beslut för den egna verksamheten. Lagstiftningen ger inget stöd för att någon av parterna har en övergripande beslutsrätt över andra organisationers arbete. Däremot ger lagstiftningen både polis och räddningstjänst särskilda befogenheter, t.ex. ingrepp i annans rätt. Samtliga lagstiftningar innehåller en skyldighet att samverka med andra aktörer. Skyldigheten att ta initiativ till samverkan och fatta beslut om inriktningen för den totala insatsen varierar och kan pendla. Vid till exempel skottlossning, bombhot eller en antagonistisk händelse har polisinsatschefen initiativskyldigheten och vid bränder eller kemikalieolyckor är det räddningsledaren som har det. De flesta insatser övergår förr eller senare till en fas där hoten är undanröjda, bränderna släckta och huvudinriktningen är att ta hand om skadade och drabbade. I detta skede bör sjukvårdsledaren ta initiativ till en samverkan som leder fram till beslut om insatsens fortsatta inriktning.

SJUKVÅRDENS ANSVAR I ETT SKADEOMRÅDE

- ▶ ledning av sjukvårdsinsats
- ▶ livräddande första hjälpen – åtgärder
- ▶ bedömning av vårdbehovets art och omfattning såväl somatiskt som psykologiskt
- ▶ bedömning och prioritering av skadade
- ▶ säkrande av livsviktiga funktioner (fri luftväg, andning, cirkulation) före transport
- ▶ åtgärder för att minska risken för komplikationer och onödigt lidande under transport
- ▶ sjuktransporter, såväl på väg som i väglös terräng
- ▶ i samverkan med Regional särskild sjukvårdsledning, RSSL, fördelning av skadade mellan olika vårdinrättningar
- ▶ regelbunden lägesrapportering
- ▶ kontinuerlig samverkan med räddningstjänst och polis i skadeområdet
- ▶ psykologiskt och socialt omhändertagande
- ▶ information till allmänhet och media om sjukvårdsinsatsen.



Sjukvårdsledare

KOMMUNALA RÄDDNINGSTJÄNSTENS**ANSVAR I ETT SKADEOMRÅDE**

- ▶ ledning av räddningsinsats
- ▶ livräddande första hjälpen – åtgärder
- ▶ begränsning av skadeverkningar samt skydd av människor, egendom och miljö
- ▶ information till allmänhet och media om räddningsinsatsen.

Räddningstjänsten ansvarar i samverkan med polis och sjukvård för upprättande av:

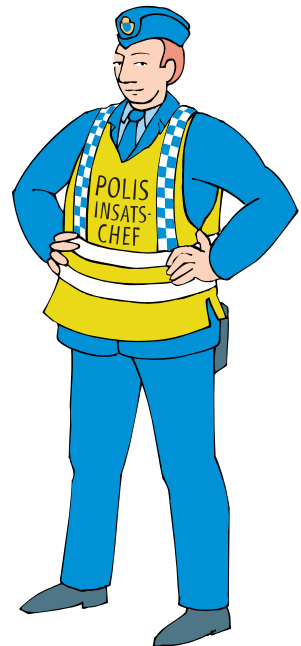
- ▶ brytpunkt
- ▶ ledningsplats
- ▶ riskområde
- ▶ uppsamlingsplats för skadade
- ▶ saneringsplats för skadade och oskadade
- ▶ hämtplats
- ▶ helikopterlandningsplats.



Räddningsledare

POLISENS ANSVAR I ETT SKADEOMRÅDE

- ▶ ledning av polisinsats
- ▶ trafikreglering för att säkerställa framkomlighet
- ▶ avspärrning
- ▶ utrymning
- ▶ registrering och identifiering av drabbade
- ▶ omhändertagande, registrering, identifiering av döda
- ▶ uppsamlingsplats för oskadade
- ▶ uppsamlingsplats för döda
- ▶ uppsamlingsplats, registrering och identifiering av omhändertaget gods
- ▶ eftersökningsarbete
- ▶ utredning av olycksorsak
- ▶ information till media och allmänhet om polisinsatsen.



Polisinsatschef

REGISTRERING

Polisen ansvarar för registrering av drabbade vid allvarlig händelse. Polisen har en gemensam rutin för katastrofregistrering, det sk katastrofregistret hos Nationella operativa avdelningen (NOA). All kontakt med polisen gällande katastrofregistrering sker via Polisens kontaktcenter (PKC), tel 114 114.

Sjukvårdspersonal ska samarbeta med polisen och underlätta deras registreringsarbete såväl i skadeområdet som på akutsjukhus eller vårdcentral.

OMHÄNDERTAGANDE AV DÖDA

Polisen ansvarar för identifiering. Polisen ansvarar för uppsamlingsplats för döda. För att underlätta polisens identifieringsarbete bör den avlidne om möjligt lämnas kvar på skadeplatsen till polisen gett klartecken för transport till uppsamlingsplats för döda.

Andra samverkande myndigheter och organisationer

Vid insatser kommer hälso- och sjukvårdspersonal att arbeta tillsammans med personal från andra myndigheter, organisationer och företag. Utöver räddningstjänst och polis är följande organisationer och myndigheter viktiga samverkansorgan för hälso- och sjukvården.

SOS ALARM

SOS Alarm Sverige AB ägs av staten (50 %) och Sveriges kommuner och landsting (SKL) (50 %). SOS Alarms huvuduppgift är att besvara samtal på 112. Efter en primärintervju, där hjälpbehovet fastställs, larmas polis, räddningstjänst, ambulansresurser, sjöräddning, flygräddning, eller andra nationella räddningsresurser. Under larmskedet samordnar SOS Alarm hjälpinsatserna, varefter ansvaret övergår till respektive organisationer/enheter. På uppdrag av Stockholms läns landsting utför SOS Alarm Prioriterings- och Dirigerings-tjänsten i SLL (PoD). PoD utför medicinska bedömningar, prioriterar och dirigerar länets ambulansresurser samt samlokaliseras med Regional särskild sjukvårdsledning, vid höjning av beredskapen.

SJÖ- OCH FLYGRÄDDNINGSTJÄNST

Sjöfartsverket ansvarar för sjö- och flygräddningstjänst i Sverige. Sjö- och flygräddningsinsatser leds från Sjö- och Flygräddningscentralen JRCC – Joint Rescue Coordination Centre, som är lokaliserad i Göteborg. Larm till och från JRCC går via SOSs KBX-funktion.

SJÖ- OCH FLYGRÄDDNING

Vid olyckor till havs, i skärgården samt i Mälaren, Vänern och Vättern är räddningsledaren vid Sjö- och flygräddningscentralen ansvarig för eftersökningen av personer samt räddningsinsatsen. Undantag är kanaler, hamnar och andra insjöar. Vid stora sjöräddningsinsatser kan en stödgrupp bildas på Sjöräddningscentralen där representant från sjukvården kan ingå vid behov. Insatsen vid skadeplatsen, haveristen, leds av räddningsledaren på JRCC, dock kan en On Scene Coordinator (OSC) utses för att bistå räddningsledaren med det minutoperativa arbetet på plats.

Flygräddning innebär efterforskning av saknat luftfartyg samt undsättning vid flyghaverier tills havs, i Mälaren, Vänern och Vättern. Myndigheten ansvarar även för de insatser mot skador som behövs när ett luftfartyg är nödställt eller när fara hotar lufttrafiken.

Insatsen leds av flygräddningsledare vid JRCC. Ansvaret för räddningsinsatsen överlämnas till annan räddningstjänst när haveriplatsen är lokaliserad och haveriplatsen är över land, övriga insjöar, vattendrag, kanaler och hamnar.

När flera flygande enheter arbetar i samma område kan en Aircraft Coordinator (ACO) utses.

KUSTBEVAKNINGEN

Kustbevakningen har ansvaret för räddningstjänsten vid miljöräddning till sjöss. Kustbevakningens fartyg är också en viktig resurs vid sjöräddningsinsatser.

SWEDAVIA

Swedavia äger och driver flygplatser i Sverige. I Stockholms län driver Swedavia flygplatserna Arlanda och Bromma. Inom Swedavia finns räddningsresurser såsom transportfordon och röjningsfordon. Om olycka inträffar inom flygplatsområde kan Swedavia i samråd med andra myndigheter samordna presskonferenser samt tillhandahålla lokaler för

krisstöd. Swedavias krisorganisation samverkar med PKL och kommunens resurser för psykosocialt stöd. Utsedda representanter för flygplatsorganisationen kan vid allvarlig händelse inom flygplatsområdet bistå räddningsorganisationerna med specialistkunskap. Vid allvarlig händelse på Arlanda eller Bromma skall ett ”treparsamtal” äga rum mellan Tjänsteman i Beredskap (TiB), Airport Duty Officer (ADO) och Sigtuna kommun.

LÄNSSTYRELSEN

Länsstyrelsen har ett regionalt geografiskt *områdesansvar* i krishanteringsystemet vilket innebär bl.a. att:

- ▶ utveckla regionala risk- och sårbarhetsanalyser
- ▶ förmedla lägesinformation till Myndigheten för samhällsskydd och beredskap vid allvarlig händelse.

Områdesansvaret innebär inte att länsstyrelsen normalt tar över något ansvar från annan aktör utom vid utsläpp av radioaktiva ämnen där länsstyrelsen har ett särskilt ansvar. Vid omfattande räddningsinsatser har länsstyrelsen möjlighet att ta över ansvaret för den kommunala räddningstjänstens arbete i en eller flera kommuner.

Länsstyrelsen leder ett regionalt råd för samhällsskydd och beredskap som är ett rådgivande samverkansorgan för krishanteringsfrågor. Under en kris har länsstyrelsen i uppgift att stödja alla samverkande myndigheter, organisationer och samhällsviktiga företag, och samordna insatser med deras. Om beredskapen höjs eller krig bryter ut ska länsstyrelsen leda och samordna all civil verksamhet i länet och samordna arbetet med den militära verksamheten.

SAMVERKAN STOCKHOLMSREGIONEN

I Stockholms län finns den aktörsägda avtalsorganisationen Samverkan Stockholmsregionen. Vid en allvarlig händelse kan vilken aktör som helst i Samverkan Stockholmsregionen kontakta Länsstyrelsens TiB och aktivera den ”gröna knappen”. Det är en samverkanskonferens där aktörer delar lägesbild, samverkansbehov och behov av resurser. För hälso- och sjukvården inom SLL är det TiB som är funktionen som trycker på den ”gröna knappen”.

FÖRSVARSMAKTEN

Försvarsmakten kan ge stöd till det civila samhället. Stödet kan bestå av personella och materiella resurser samt specialistresurser t.ex. kemiska, biologiska, radioaktiva, nukleära och explosiva ämnen (CBRNE). Förfrågan om stöd från försvarsmakten görs av TiB/Regional särskild sjukvårdsledning.

TRAFIKFÖRVALTNINGEN (TF)

Trafikförvaltningen är en del av Stockholms läns landsting. De har en egen krisorganisation som vid behov samverkar med TIB-SLL. Trafikförvaltningen och deras underleverantörer är viktiga samarbetsorgan vid olyckor i kollektivtrafiken.

TF kan bistå med resurser i form av bussar och andra fordon för att kunna transportera drabbade människor från en olycksplats.

Funktions- och driftsäkerhet

Hälso- och sjukvården är beroende av att el- vatten-, värme- och kommunikationssystemen fungerar. Frågor som rör funktionssäkerhet och robusthet ska integreras i planeringsarbetet på alla nivåer. Samtliga akutsjukhus i SLL ska vidta åtgärder för att säkerställa driften i olika försörjningssystem för att stärka sjukhusens robusthet. Följande områden berörs:

- ▶ försörjningssäkerhet och reservanordningar för viktiga tekniska försörjningsfunktioner som el, tele- och datakommunikation, vatten och värme. För att klara avbrott i elförsörjningen bör alla akutsjukhus ha egen reservkraft motsvarande 110 procent av normalkapaciteten
- ▶ skyddet mot kemiska, biologiska, radiologiska och nukleära ämnen.
- ▶ driftsäkerhet i IT-system
- ▶ byggnaders och lokalers robusthet
- ▶ sjukvårdsanläggningars placering med hänsyn till olika risker.
- ▶ Se vidare i SLL Krisberedskapsplan:

Vid upphandling och när man skriver avtal om entreprenader ska funktions- och driftsäkerhetsfrågor beaktas.

I skriften *Det robusta sjukhuset* redovisas Myndighetens för samhällsskydd och beredskap (MSB) rekommendationer inom ämnesområdet.

Risk-, sårbarhetsanalys och förmågebedömning

Hälso- och sjukvårdens katastrofmedicinska organisation och beredskap baseras på en analys av risker och hot, förväntade skadeutfall, resursbehov och tillgänglig kapacitet. Samtidigt är det inte möjligt att i förväg identifiera alla hot och risker. Därför måste kris- och katastrofmedicinska beredskapen byggas upp utifrån en generell förmåga att hantera allvarlig händelse. Riskscenariot förändras kontinuerligt.

Risk kan definieras som en sammanvägning av sannolikheten för att en negativ händelse skall inträffa samt dess konsekvenser. Sannolikheten kan uppskattas utifrån empirisk kunskap om hur ofta händelser har inträffat. Konsekvensanalysen kan utformas som en scenariobaserad förmågeanalys utifrån kunskap om gränssättande faktorer inom dagens hälso- och sjukvård.

Risker och hot

Riskscenarier kan kategoriseras enligt följande:

- ▶ olyckor vid transporter, t.ex. bil, tåg, buss, flyg och båt
- ▶ bränder i t.ex. bostäder, publika lokaler, tunnelbana eller vårdanläggning
- ▶ olyckor med kemikalier, t.ex. genom antagonistisk spridning
- ▶ olyckor och terrorism vid evenemang eller storskaliga anläggningar
- ▶ allvarlig smitta och spridning av biologiska ämnen
- ▶ nedfall och spridning av radiologiska och nukleära ämnen
- ▶ svåra störningar i infrastrukturen
- ▶ översvämningar, stormar eller andra naturkatastrofer.

Förmågebedömning

Enligt 4 kap. 4 § SOSFS 2013:22 ska landstinget med utgångspunkt i risk- och sårbarhetsanalysen i 2 § bedöma vad som är nödvändigt för att uppnå förmågan enligt 1 §. Vid denna bedömning ska särskilt beaktas:

1. Befolkningstäthet, infrastruktur och geografiska förhållanden.
2. Omständigheter som allvarligt kan påverka hälso- och sjukvårdens tillgång till personal, lokaler och utrustning.

Konsekvenser ur ett katastrofmedicinskt perspektiv analyseras utifrån sjukvårdshuvudmannens förmåga att ge alla drabbade en vård med bibehållen medicinsk kvalitet. Stockholms län och angränsande län i Mälardalen har mycket stora resurser för ett kvalificerat medicinskt omhändertagande i skadeområden, för att transportera skadade samt för att ta hand om skadade och drabbade på akutsjukhus och inom närsjukvården.

Akutmottagningarna i Stockholms län har stor kapacitet och tar uppskattningsvis hand om mer än 1 000 patienter per dygn inom ramen för den dagliga verksamheten. Genom att aktivera katastrofplaner kan sjukhusens resurser snabbt utökas och omdisponeras. Fordon för liggande persontransporter och bussar kan utnyttjas för sjuktransporter. Tillfälliga intensivvårdsplatser kan skapas på uppvakningsenheter och vårdplatser kan frigöras på till exempel intagningsavdelningar. Lindrigt skadade och somatiskt oskadade med behov av insatser för andra vårdbehov kan få vård inom närsjukvården. Lagstiftning skapar möjligheter att få bistånd i form av angränsande landstings resurser om vi finner att våra egna resurser inte räcker till.

Landstinget har en utbyggd och välövad organisation för psykologiskt krisstöd och omhändertagande i form av PKL-grupper och krisstödspersoner som i samverkan med kommunernas resurser kan ge psykologiskt stöd till drabbade.

Katastrofmedicinsk beredskapsplanering i Stockholms läns landsting

Under ledning av hälso- och sjukvårdsnämnden samt hälso- och sjukvårdsdirektören svarar Enheten för katastrofmedicinsk beredskap, EKMB, för landstingets katastrofmedicinska planering och beredskap. SLL:s Katastrofmedicinska råd är ett rådgivande organ för katastrofmedicinska planeringsfrågor och består av representanter från landstingets koncernledning, samtliga akutsjukhus, Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO), Smittskydd Stockholm, SLL Kommunikation, EKMB, SLL Säkerhet och beredskap, katastrofpsykologisk expertis och Locum. Ytterligare representanter kan vid behov adjungeras.

Regional katastrofmedicinsk beredskapsplan

Regional katastrofmedicinsk beredskapsplan för Stockholms läns landsting, är en ramplan som beskriver hur länets hälso- och sjukvård ska ledas vid allvarlig händelse. Planen beslutas av hälso- och sjukvårdsnämnden.

Beredskapslägen på regional nivå

På regional nivå i SLL finns i normalläget alltid en tjänsteman i beredskap/TiB som inom fem minuter ska kunna påbörja samordning och ledning av landstingets insatser på regional nivå. TiB larmas av PoD via Rakel vid exempelvis:

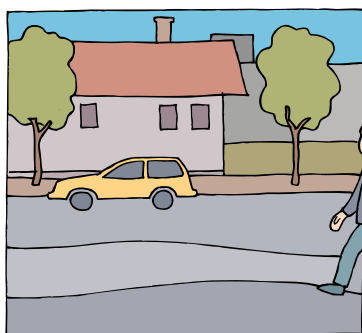
- ▶ olyckor där antalet drabbade är eller kan uppskattas till över tio personer
- ▶ hot eller händelser som skulle kunna utvecklas till en allvarlig händelse
- ▶ allvarlig smitta
- ▶ händelser som kan få stort medialt intresse
- ▶ allvarliga funktionsstörningar eller händelser som kan påverka hälso-

och sjukvården i Stockholms län, t.ex. brand i vårdanläggning, strömavbrott eller störningar i teletrafiken

- när annat landsting begär bistånd från SLL.

TiB beslutar initialt om beredskapsläge för Regional särskild sjukvårdsledning (RSSL). Utöver normalläge finns tre lägen för beredskapshöjning.

- *Stabsläge* innebär att RSSL etableras enligt instruktion för att följa händelseutvecklingen.
- *Förstärkningsläge* innebär att RSSL etableras enligt instruktion i ledningscentralen för att samordna landstingets insatser, samverka med övriga aktörer och vidta nödvändiga förstärkningar.
- *Katastrofläge* innebär att RSSL etableras enligt instruktion i ledningscentralen med en fullt utbyggd stab.



NORMALLÄGE



STABSLÄGE



FÖRSTÄRKNINGSLÄGE



KATASTROFLÄGE

Varje beredskapsläge finns beskrivet i en fastställd stabsinstruktion och har en angiven grundbemanning. Bemanningen utgör en miniminivå för respektive beredskapsläge. Experter och samverkanspersoner kan vid behov knytas till staben.

Lokal katastrofmedicinsk beredskapsplan (akutsjukhus)

Med ledning av den Regionala katastrofmedicinska beredskapsplanen ska samtliga akutsjukhus i länet utarbeta lokala planer för katastrofberedskapen. Alla akutsjukhus ska ha en lokal medicinsk katastrofkommitté som ansvarar för den lokala planens revidering.

Den lokala katastrofmedicinska beredskapsplanen ska innehålla:

- ▶ beskrivning av normalläge där ledningssjuksköterskan på akutmottagningen är kontaktväg in för TiB/RSSL
- ▶ larmplan som anger hur larmet utlöses och sprids. Larm från TiB till akutsjukhus kommer till akutmottagningen via Rakel
- ▶ tre lägen för höjning av akutsjukhusets beredskap: stabsläge, förstärkningsläge och katastrofläge
- ▶ åtgärdslistor för berörda befattningshavare
- ▶ plan för mottagande och fördelning av patienter. En särskild planering bör finnas för mottagande och fördelning av patienter vid kemisk olycka eller olycka med joniserande strålning
- ▶ registreringsrutiner
- ▶ organisation för ledning och samverkan
- ▶ plan för psykologiskt och socialt krisstöd av direkt och indirekt drabbade samt olika stödåtgärder för personal
- ▶ plan för information inom egen organisation, till anhöriga, allmänhet och media
- ▶ plan som beskriver hur akutsjukhuset ska samverka med RSSL för att kunna ge korrekt och samordnad medicinsk information till befolkningen vid olyckor med joniserande strålning
- ▶ plan för samverkan med Transfusionsmedicin/Blodcentralen för planering av tillgång på blod
- ▶ plan för personalförsörjning och att kunna skicka ut sjukvårdsgrupper (gäller bara de akutsjukhus som enligt plan ska kunna skicka sjukvårdsgrupper)

- ▶ plan för personalförsörjning som beaktar behovet att kunna kalla in extrapersonal vid långvariga insatser och epidemier
- ▶ plan för service och försörjning (mat, materiel, m.m.)
- ▶ plan för åtgärder vid intern allvarlig händelse:
 - larmplan
 - åtgärdslistor för berörda befattningshavare
 - evakueringsplan
- ▶ checklista vid bombhot eller annat hot
- ▶ plan för epidemiberedskap, innehållande
 - olika enheters roller och inbördes samverkan
 - vem som bär ansvaret för de avgörande medicinska ställningstagandena
 - vem som fattar beslut om förändrad organisation
 - hur fördelning av patienterna ska ske
 - informationsflödet internt och externt
 - rutiner för personalförsörjning
 - rutiner för utbildning
 - samverkan med smittskyddsläkare och RSSL.

Beredskapslägen på lokal nivå (akutsjukhus)

Larm om en allvarlig händelse till mottagande akutsjukhus kommer från PoD eller landstingets Tjänsteman i Beredskap (TiB). En utsedd beslutsfattare på sjukhuset beslutar utifrån ett normalläge vilket av de tre beredskapslägena stabsläge, förstärkningsläge och katastrofläge som ska intas.

- ▶ *Stabsläge* innebär att hela eller delar av Lokal särskild sjukvårdsledning (LSSL) etableras för att följa händelseutvecklingen
- ▶ *Förstärkningsläge* innebär att LSSL vidtar åtgärder för punktförstärkning av vissa funktioner, till exempel aktivera PKL-grupp, upprätta informationsfunktion, förstärka operationskapaciteten eller öka kapaciteten inom intensivvården
- ▶ *Katastrofläge* innebär att hela sjukhuset mobiliseras enligt lokal katastrofmedicinsk beredskapsplan för att kunna ta hand om ett stort antal drabbade.



STABSLÄGE



FÖRSTÄRKNINGSLÄGE



KATASTROFLÄGE

Katastrofmedicinsk beredskapsplanering och beredskap inom ambulanssjukvården

Alla leverantörer inom ambulanssjukvården i SLL ska upprätta rutiner och instruktioner för katastrofmedicinsk beredskap. Instruktionerna skall utgå från Regional katastrofmedicinsk beredskapsplan för Stockholms läns landsting och innehålla

- ▶ rutiner för leverantörens driftjour som dygnet runt ska kunna kalla in personal och driftsätta extra fordon för att förstärka länets ambulanssjukvård
- ▶ åtgärdslistor för de ledningsfunktioner i ett skadeområde som bemannas av ambulanssjukvårdens personal. Åtgärdslistorna ska utformas i samverkan mellan samtliga leverantörer inom ambulanssjukvården i SLL och EKMB.

Utrustning/utmärkning

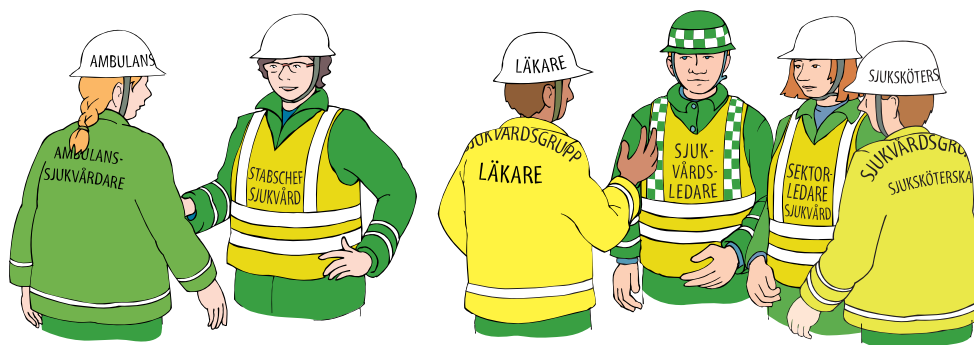
Utmärkning

All sjukvårdspersonal som arbetar i ett skadeområde ska vara tydligt utmärkta med den funktion de innehar vid aktuell tidpunkt. Generellt skall ledningspersonal från sjukvården ha funktionsväst med grön markering.

Ledningspersonal bär markeringar enligt följande:

Sjukvårdsledare	Hjälmöverdrag med grön/vit-rutigt schack-mönster. Väst med grön-vit rutig markering och text <i>Sjukvårdsledare</i> .
Stab sjukvård	Vit hjälm. Väst med grön markering och text <i>Stab sjukvård</i> .
Stabschef sjukvård	Vit hjälm. Väst med grön markering och text <i>Stabschef sjukvård</i> .
Sektorledare sjukvård	Vit hjälm. Väst med grön markering och text <i>Sektorledare sjukvård</i> .

Övrig sjukvårdspersonal i skadeområdet bär markering enligt funktion, såsom Läkare sjukvårdsgrupp, Sjuksköterska sjukvårdsgrupp.



Sjukvårdsgruppens utrustning

I katastrofförrådet på de akutsjukhus som ska kunna skicka ut sjukvårdsgrupp förvaras sjukvårdsmateriel för att kunna ge akut omhändertagande i ett skadeområde. I förrådet ska också finnas skyddskläder och personlig skyddsutrustning anpassade för arbete i ett skadeområde.

Katastrofsjukvårdsenhet

Landstinget har fyra katastrofsjukvårdsenheter. Enheterna innehåller kringutrustning bestående av bårar, bårbockar, filter, tält och annan utrustning för att kunna upprätta en uppsamlingsplats.

Katastrofsjukvårdsenheter finns placerade hos räddningstjänsten. Katastrofsjukvårdsenhet rekvideras via PoD av sjukvården eller kommunala räddningstjänsten.



Katastrofsjukvårdsenhet med tält för uppsamlingsplats

Mobil saneringsenhet

Landstinget har en mobil saneringsenhet. I enhetens utrustning ingår personlig skyddsutrustning att användas av sjukvårdspersonal vid sanering av kontaminerade patienter. Saneringsenheten rekvideras via PoD av sjukvården eller kommunala räddningstjänsten. Räddningstjänsten transporterar ut enheten till skadeområdet samt upprättar saneringstälten på plats.



Mobil saneringsenhet

Personlig skyddsutrustning

Den personal som ska arbeta med omhändertagande av skadade vid CBRN-händelse utrustas med andningsskydd och kroppsskydd. Utrustningen finns på samtliga akutsjukhus och inom ambulanssjukvården, se avsnittet Mobil saneringsenhet.



FOTO: SOCIALSTYRELSEN



FOTO: SOCIALSTYRELSEN

Andningsskydd och kroppsskydd

Ledning och organisation

Hälso- och sjukvårdens ledning vid allvarlig händelse

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicin beskrivs landstingets ansvar vid en allvarlig händelse. I varje landsting ska det finnas en funktion som ansvarar för ledningsuppgifter vid allvarlig händelse eller vid risk för sådan händelse. Funktionen benämns särskild sjukvårdsledning. Den ska kunna verka på regional nivå samt i ett skadeområde, i ambulanssjukvården och på vårdenheter.

Den särskilda sjukvårdsledningen ska minst innehålla funktionerna sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig. Sjukvårdsledaren är en person som har förmåga att administrativt leda sjukvårdsinsatser och medicinskt ansvarig är hälso- och sjukvårdspersonal som har kompetens att göra medicinska prioriteringar och besluta om medicinska åtgärder. Sjukvårdsledaren och medicinskt ansvarig kan vara en och samma person. Vid omfattande eller komplicerade insatser kan en stab behövas som stöd i ledningsarbetet.

Särskild sjukvårdsledning vid allvarlig händelse omfattar bland annat att:

- ▶ mobilisera sjukvårdsresurser till skadeområde och sjuktransportorganisation
- ▶ organisera och leda arbetet i ett skadeområde
- ▶ fördela drabbade till mottagande enheter
- ▶ organisera och leda arbetet på mottagande enheter
- ▶ leda och samordna övrig sjukvård i landstinget
- ▶ samverka med andra landsting och aktörer
- ▶ organisera det psykologiska krisstödet på alla nivåer
- ▶ organisera informationsarbetet på alla nivåer.

Ledningsnivåer

Särskild sjukvårdsledning vid allvarlig händelse kan bedrivas på *lokal, regional och nationell nivå*.

Särskild sjukvårdsledning på lokal nivå

På den *lokala* nivån utövas ledning i ett skadeområde, på vårdenheter, och för ambulanssjukvården.



Ledning på lokal nivå – skadeområde

LEDNINGSENHET

Inom SLLs prehospitala organisation finns sju ledningsenheter. Personal som bemannar ledningsenheterna har fått en fördjupad ledningsutbildning för att kunna ta ledningsansvaret vid allvarlig händelse. PoD utser vem som initialt ska påbörja ledningsarbetet vid utlarmningen.

En *sjukvårdsledare* leder sjukvårdsinsatsen i ett skadeområde och samverkar med räddningsledare och polisinsatschef. Sjukvårdsledare har både det medicinska och det administrativa ansvaret för sjukvårdsinsatsen och bär väst med grön-vit rutig markering och texten *Sjukvårdsledare*. En sjukvårdsledare ska alltid utses vid insatser där mer än en enhet från ambulanssjukvården deltar. Sjukvårdsledaren utser efter behov en stab bestående av en eller flera personer för administrativt stöd. Personer som ingår i sjukvårdsledarens stab bär väst med texten *Stab sjukvård*. När flera personer ingår i sjukvårdsledarens stab utses en *Stabschefsjukvård* som bär väst med samma benämning. Vid stora insatser kan det finnas behov att utse chefer för sjukvårdsinsatsen inom olika sektorer. Dessa chefer benämns *Sektorledare sjukvård* och bär väst med samma benämning. Sektorledare sjukvård är underställd sjukvårdsledaren och leder sjukvårdsinsatsen inom angiven sektor och tilldelad ram samt samverkar med övriga aktörer. Se vidare avsnittet Utmärkning. För att kunna leda sjukvårdsinsatsen utifrån ett helhetsperspektiv bör

sjukvårdsledaren leda en sjukvårdsinsats från skadeområdets ledningsplats. Vid allvarlig händelse med mer än tio skadade/drabbade eller vid allvarliga hotsituationer ska sjukvårdsledare leda sjukvårdsinsatsen från skadeområdets ledningsplats i samverkan med räddningsledare och polisinsatschef.

SJUKVÅRDSLEDARE

I SLL skall sjukvårdsledningen organiseras på följande sätt: specialist-sjuksköterskan/den ledningsutbildade läkaren i ledningsenhet tar ansvaret som sjukvårdsledare vid allvarlig händelse. Om ledningsenhet inte kommit till platsen är det den med högsta medicinska kompetensen



och ledningsutbildning i den ambulansbesättning som först kommer fram som blir sjukvårdsledare och påbörjar ledningsinsats till dess att ledningsenhet anländer.

När ledningsenhet kommer till skadeområdet lämnas ledningsansvaret över till specialistsjuksköterskan/den ledningsutbildade läkaren.

Läkare och sjuksköterska i sjukvårdsgrupp saknar i allmänhet erforderlig ledningsutbildning och ska inte vara sjukvårdsledare.

SLL har valt att ge läkare, specialistsjuksköterskor och övrig besättning som arbetar i ledningsenhet, samt i ambulanserna i Hallstavik, Norrtälje och Nynäshamn en fördjupad ledningsutbildning.

SJUKVÅRDSLEDARENS ANSVAR

Sjukvårdsledaren är chef över sjukvårdens insats i skadeområdet och har till uppgift att:

- ▶ leda sjukvårdens arbete i skadeområdet
- ▶ fatta inriktningsbeslut för sjukvårdsinsatsen
- ▶ bedöma vårdbehovets art och omfattning såväl somatiskt som psykologiskt
- ▶ regelbundet lämna lägesrapporter
- ▶ vid behov begära ytterligare resurser för vård och sjuktransport
- ▶ samverka med räddningsledare och polisinsatschef
- ▶ ansvara för information till media om sjukvårdens insatser i skadeområdet
- ▶ ansvara för sjukvårdens samband i skadeområdet
- ▶ ansvara för sjukvårdens samband mellan skadeområde och RSSL
- ▶ ansvara för samordning av sjuktransportresurserna i skadeområdet
- ▶ ansvara för sjukvårdspersonalens säkerhet i skadeområdet
- ▶ ansvara för att dokumentation av insatsen sker.

SJUKVÅRDSLEDARENS STAB

Sjukvårdsledaren kan vid behov upprätta en stab till sitt stöd. Staben biträder sjukvårdsledaren i hans/hennes utövande av ledning. I staben kan ingå en eller flera personer. När flera personer ingår i sjukvårdsledarens stab kan en arbetsledare för staben utses – en Stabschef sjukvård. Sjukvårdsledaren kan också utse stabspersonal som arbetar på skadeplats, uppsamlingsplats och hämtplats som stöd åt sektorledaren. Sjukvårdsledarens stab kan ha följande arbetsuppgifter delegerade till sig

- ▶ sjukvårdens samband
- ▶ samordning av ambulansresurserna
- ▶ sjukvårdspersonalens säkerhet
- ▶ dokumentation och plotting.

Sambandsorganisation i ett skadeområde

För att information och beslut ska spridas på ett säkert sätt samt att sambandet mellan ledningsplatsen, olika platser i ett skadeområde samt prioriterings- och dirigeringsstjänsten (PoD) säkerställs har en plan för hur sambandet ska organiseras vid allvarlig händelse upprättats. Denna sambandsplan ska användas vid händelser där sambandet behöver säkerställas och alltid vid allvarlig händelse. Se bilaga 5.

Ledning på lokal nivå – akutsjukhus

En *lokal katastrofledare* ansvarar inledningsvis för ledning och samordning av akutmottagningens och sjukhusets verksamhet vid allvarlig händelse. Vid beslutad beredskapshöjning organiseras en *lokal särskild sjukvårdsledning LSSL*, som leds av sjukhusdirektör/VD, chefläkare eller deras ersättare. LSSL arbetar i sjukhusets *ledningscentral*.

LSSL består av en chef och vid behov en stab. Staben stöder chefen i hans/hennes utövande av ledning. Stabens arbete leds av en stabschef.

Staben organiseras i funktioner, till exempel

- ▶ analys/ledning
- ▶ kommunikation
- ▶ personal och underhåll
- ▶ samband
- ▶ sekretariat.

Ledning på lokal nivå – närsjukvård

Närsjukvården ska kunna ta emot lätt skadade på vårdcentraler m.m. Närsjukvården har också en viktig roll i det psykologiska krisstödet och sociala omhändertagandet i samverkan med akutsjukhusens PKL-grupper och kommunens krisstödsorganisation.

Vid en epidemisk katastrof utgör närsjukvården en viktig resurs.

SLSOS KATASTROFLEDNING

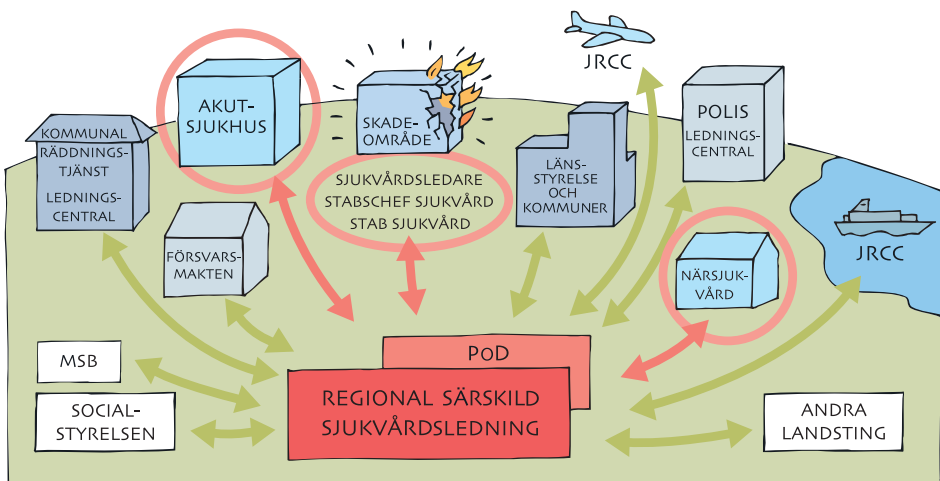
Stockholms läns sjukvårdsområde, SLSO, ska vid en allvarlig händelse upprätta en lokal särskild sjukvårdsledning LSSL, med uppgift att leda SLSOs verksamheter i det katastrofmedicinska arbetet utifrån den aktuella situationen. SLSOs lokala särskild sjukvårdsledning ska också bistå RSSL i uppgiften att etablera samband och samverkan med landstingsfinansierad privat driven verksamhet inom primärvård, vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, geriatrik och ASIH.

Ledning på lokal nivå – prioriterings- och dirigeringsfunktionen

Prioriterings- och dirigeringsfunktionen svarar för prioritering och dirigerande av alla sjuktransportresurser såväl i den dagliga sjukvården som vid allvarlig händelse. Vid allvarlig händelse utförs arbetet med ledning av RSSLs inriktningsbeslut och fördelningsnycklar.

Särskild sjukvårdsledning på regional nivå

Ledning på *regional* nivå innebär ledning och samordning av landstingets samlade resurser inom hälso- och sjukvården och samverkan med andra myndigheter, organisationer och sjukvårdshuvudmän. I SLL utövas särskild sjukvårdsledning på regional nivå av *Regional särskild sjukvårdsledning, RSSL*.



REGIONAL SÄRSKILD SJUKVÅRDSLEDNING, RSSL

RSSLs uppgift är bland annat att:

- ▶ vid allvarlig händelse samordna verksamheten inom hälso- och sjukvården i SLL och tillse att resurserna utnyttjas effektivt
- ▶ tillse att samband upprättas med berörda verksamheter inom hälso- och sjukvården och samverkande myndigheter och organisationer
- ▶ informera inom egen organisation samt externt till andra organisationer och myndigheter samt media
- ▶ samverka med andra landsting, organisationer och myndigheter som deltar i eller berörs av räddningsinsatsen
- ▶ bedöma ambulansberedskapen i länet och vid behov vidta åtgärder genom att omfördela eller förstärka transportresurserna
- ▶ svara för dokumentation och lägesuppföljning samt förmedla denna till LSSL
- ▶ tillse att berörda enheter inom sjukvården meddelas när RSSLs beredskapsläge ändras.

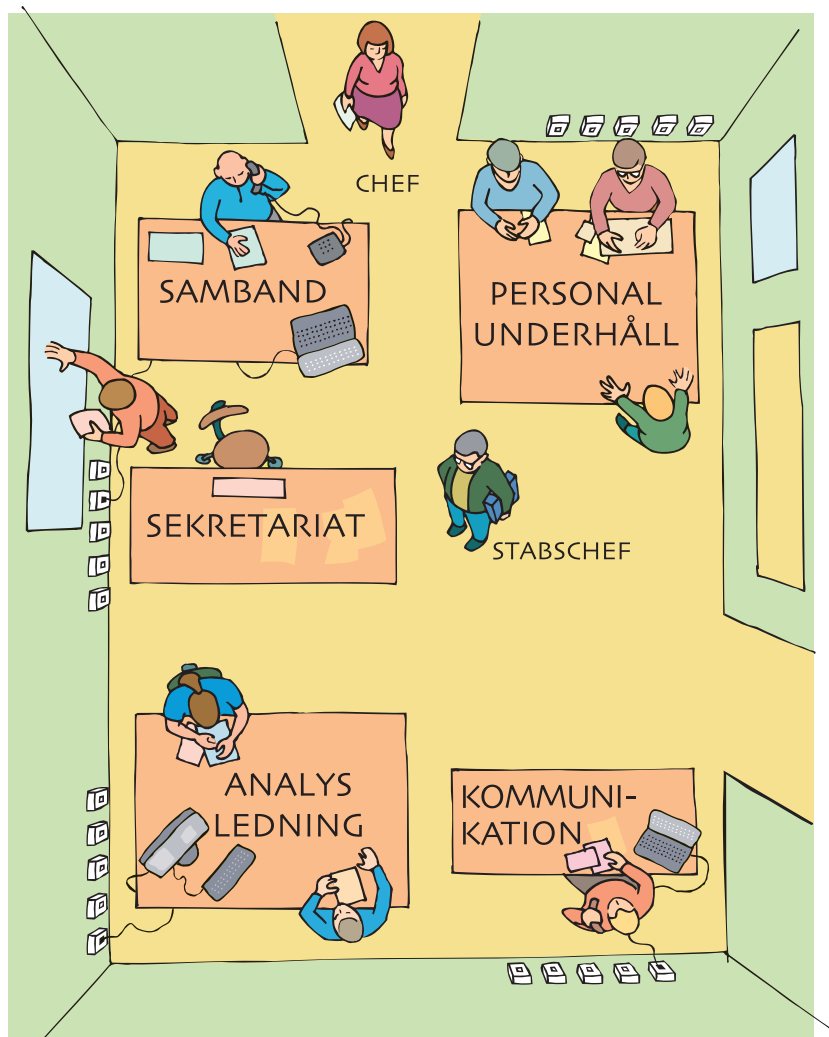
TJÄNSTEMAN I BEREDSKAP, TiB

I Stockholms läns landsting är TiB landstingets katastrofmedicinska beredskapsjour och har befogenheter att i ett inledningsskede utöva särskild sjukvårdsledning på regional nivå vid allvarlig händelse. I uppgifterna ingår att initialt fatta beslut om sjukvårdsinsatsens dimensionering samt fatta beslut om beredskapsnivå för SLLs särskilda sjukvårdsledning på regional nivå, RSSL. Besluten om dimensionering kan till exempel gälla:

- ▶ sjukvårdsgrupper till skadeområde
- ▶ vilka enheter inom akutsjukvården och närsjukvården som skall vara mottagande enheter
- ▶ ledningsresurser i skadeområde
- ▶ aktivering av PKL-grupp/er
- ▶ aktivering av pressjour/kriskommunikationsfunktion
- ▶ förstärkning av ambulanssjukvårdens resurser
- ▶ Information till transfusionsmedicin om fördelning av skadade så att blod kan mobiliseras där det behövs.

TiB kan också fatta beslut om att skicka samverkanspersoner till samverkande myndigheters staber.

När TiB fattar beslut om beredskapshöjning för RSSL *skall* chefläkare i hälso- och sjukvårdsförvaltningen eller hälso- och sjukvårdsdirektören alltid kontaktas för diskussion om vidare åtgärder. TiB larmas av PoD enligt särskild instruktion.



Regional särskild sjukvårdsledning

FUNKTIONER I RSSL

RSSL består av en chef och vid behov en stab. Staben biträder chefen i hans/hennes utövande av ledning. Stabens arbete leds av en stabschef och organiseras, enligt stabsinstruktion för RSSL, inom ramen för fem funktioner:

- ▶ analys och ledning
- ▶ kommunikation
- ▶ personal och underhåll
- ▶ samband
- ▶ sekretariat.

TiB är initialt chef i RSSL. Vid katastrofläge, och vid behov i förstärkningsläge eller stabsläge, övertar efter bedömning chefläkare i hälso- och sjukvårdsförvaltningen eller hälso- och sjukvårdsdirektören ansvaret som chef i RSSL. Regional PKL-ledare och stabsläkare ingår i funktionen analys/ledning. Landstingsdirektören informeras.

Extraordinära händelser och SLLs Krisledningsutskott

En extraordinär händelse är *en händelse som avviker från det normala, innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och kräver skyndsamma insatser av en kommun eller ett landsting*. Exempelvis kan allvarliga hot riktade mot sjukvården och svåra störningar i energiförsörjning, vattenförsörjning eller telekommunikation utgöra en så allvarlig störning att den kan betraktas som extraordinär. Det går emellertid inte att på förhand klart definiera vad som är en extraordinär händelse utan det måste avgöras i varje enskilt fall.

I de flesta fall hanteras allvarlig händelse inom ramen för den katastrofmedicinska ledningsorganisationen i SLL som leds och samordnas av RSSL. Landstingsstyrelsen utgör krisledningsnämnd enligt lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och under höjd beredskap. Landstingsstyrelsen har delegerat till landstingsstyrelsens arbetsutskott att fullgöra styrelsens uppgift som krisledningsnämnd.

Nämndens ordförande beslutar, i samråd med landstingsdirektören,

om en inträffad större händelse ska anses som extraordinär och nämndens ledamöter därmed inkallas.

Landstingsfullmäktige ansvarar för att varje ny mandatperiod fastställa plan för landstingets krisberedskap samt plan för krisledningsnämnden vid extraordinära händelser.

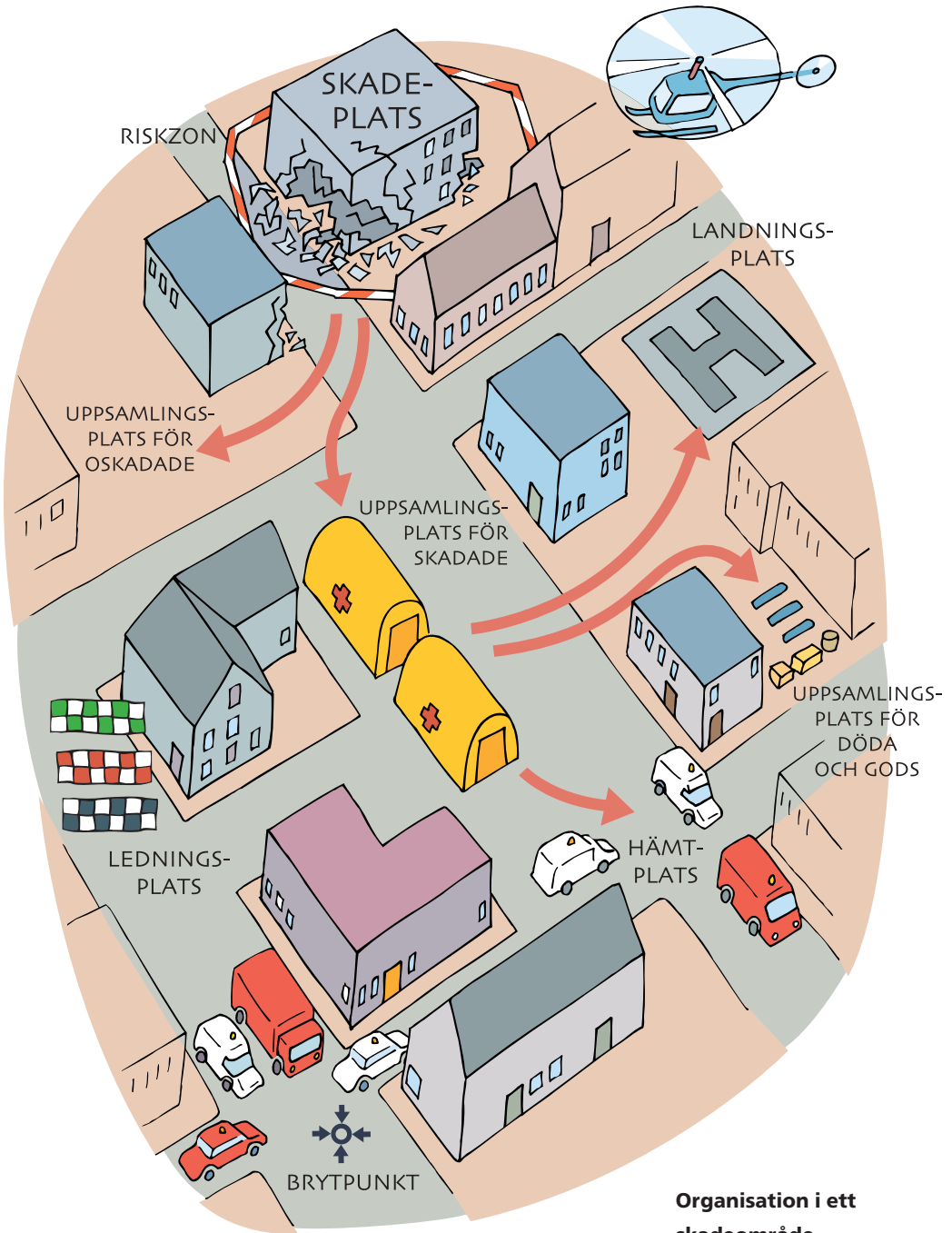
Särskild sjukvårdsledning på nationell nivå

Ledning på *nationell* nivå kan etableras för att vid en allvarlig händelse ansvara för frågor med nationellt intresse samt för kontakt med statliga myndigheter och den nationella politiska ledningen.

När flera landsting/regioner berörs av en händelse kan den nationella ledningsnivån aktiveras och ha en samordnande roll. Socialstyrelsen har en tjänsteman i beredskap (TiB) som har till uppgift att aktivera den nationella ledningsnivån.

Organisation i ett skadeområde

Den plats där olyckan inträffat kallas *skadeplats*. Hela området där räddningsarbete bedrivs kallas *skadeområde*. Ett stort skadeområde indelas ofta i *sektorer*. Larmade enheter kan dirigeras till en *brytpunkt* i avvaktan på insats. Vid t.ex. kemisk olycka kan ett *riskområde* definieras och spärras av. Räddningsledaren avgör vilken personal som får arbeta i riskområdet och vilken skyddsutrustning som krävs. Inom skadeområdet upprättas efter behov *uppsamlingsplatser* för skadade, oskadade, döda och gods. Döda ska ligga kvar på skadeplatsen tills polisen gett klartecken till förflyttning. En *helikopterlandningsplats* utses vid behov. Den plats där skadade hämtas av sjuktransportfordon kallas *hämtplats*.



PREHOSPITALA RESURSER

Prehospitala resurser avser i detta fall:

- ▶ Prioritering och dirigerering (PoD) , ambulans ,sjuktransport, ambulanshelikopter samt akutläkarbil och liggande persontransport. Även tillgång till jourläkarbil som har ett primärvårdsuppdrag. PoD hantearar Prioritering och dirigerering av samtliga resurser förutom liggande persontransporter. PoD har även uppdraget att bemanna ett bakre läkarstöd på dag- och kvällstid som stöd i prioriterings och dirigeringsarbetet samt som stöd till den prehospitala personalen i medicinska frågor.
- ▶ Ambulans är bemannade med lägst en ambulanssjukvårdare och en specialistutbildad sjuksköterska. Det finns även enheter med särskilt krav på anestesisjuksköterska.
- ▶ Akutläkarbilen är bemannad med lägst en ambulanssjukvårdare och en läkare som är specialist i anestesi och intensivvård alternativt akutläkare med minst 6 månaders heltidstjänstgöring på intensivvårds-klinik.
- ▶ Helikoptern är bemannad med anestesisjuksköterska och ambulanssjukvårdare samt vid behov kan läkaren från akutläkarbilen medfölja.
- ▶ Jourläkarbilen är bemannad med en distriktsläkare och de fungerar också som bakre läkarstöd på nattetid för prehospitala personalen.
- ▶ Ambulansvårdgivarna ska en driftjournsfunktion dygnet runt som inom 10 minuter kan påbörja beredskapshöjande åtgärder. Då behov av akut förstärkning av ambulansresurser, vid exempelvis allvarlig händelse ska, efter beslut av TiB alternativt Regional särskild sjukvårdsledning, ambulansleverantören enligt avtal bistå med personal och fordon. Vid behov kan driftjour eller annan utsedd av leverantör, kallas in till Regional särskild sjukvårdsledning för samverkan och samordning av insatsen. En målsättning är att alla driftjourer ska kunna vara nåbara via Rakel.

- I Stockholms län finns ett antal fordon för liggande persontransport som kan användas som resursförstärkning vid stora olyckor och katastrofer. Den Regionala särskilda sjukvårdsledningen måste se till att personal med medicinsk kompetens vid behov tillförs de enheter som ska transportera skadade.

SJUKVÅRDSGRUPPER

För att förstärka sjukvårdsinsatsen i ett skadeområde kan sjukvårdsgrupp larmas efter beslut av TiB. Vid haverilarm på Arlanda och Bromma flygplatser larmas sjukvårdsgrupper enligt särskilda larmplaner. Sjukvårdsgrupper ska arbeta på uppsamlingsplats för skadade och, när det behövs, på skadeplatsen. Uttransport av sjukvårdsgrupp, med lämpligt transportmedel, ordnas av PoD. Läkare och sjuksköterskor i sjukvårdsgrupp ska ha genomgått av SLL godkänd fortbildning och övning i katastrofmedicin. En sjukvårdsgrupp från akutsjukhus i Stockholms läns landsting består av en läkare och två sjuksköterskor. Läkaren ska vara kirurg, anestesilog eller akutläkare. Sjuksköterskorna ska vara anestesijuksköterskor eller arbeta på akutmottagning. Danderyds sjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, Södersjukhuset samt Norrtälje Sjukhus ska kunna skicka ut en grupp vardera, med 10 minuters anspänningstid när som helst på dygnet, årets alla dagar. Möjligheten att skicka ut sjukvårdsgrupper från akutsjukhusen kan vara begränsad vid hög belastning, detta ska då meddelas TiB.



Sjukvårdsgrupp

Behandlingsprinciper

I skadeområde

Vid stora skadeutfall är det viktigt att få ut sjukvårdsgrupperna till skadeområdet så att ambulanspersonalen frigörs för transport av skadade till sjukhus. Arbetet i sjukvårdsgrupp kräver särskild utbildning men också rutin i dagligt arbete att handskas med svårt skadade människor. Det krävs också ett annat arbetssätt än på sjukhuset. Genom triage och rätta medicinska åtgärder, kan man då resurserna är begränsade, på ett avgörande sätt minska dödligheten och allvarliga resttillstånd. Prioriterade åtgärder omfattar fria luftvägar, andningshjälp, stoppa blödning och förebygga chock. Tillsammans med fixering av frakturer och annan smärtlindring är detta viktiga åtgärder innan transporten till sjukhus påbörjas. Sjukvårdens uppgifter i skadeområdet:

- ▶ inventera skadepanoramat
- ▶ avancerade förstahjälpen-åtgärder
- ▶ prioritera skadade för behandling och avtransport
- ▶ utföra medicinska åtgärder så att transporten kan ske med minsta möjliga risk för försämring och lidande
- ▶ utnyttja sjuktransportresurserna så effektivt som möjligt
- ▶ uppmärksamma psykologiska och sociala behov.

TRIAGE

Medicinska åtgärder i skadeområdet måste prioriteras med hänsyn till de drabbades behov, tillgängliga resurser samt den effekt åtgärderna kan tänkas få för den enskilde. I turordning prioriteras åtgärder som:

1. är livräddande
2. minskar risken för komplikationer och invalidiserande resttillstånd
3. minskar risken för enskilt lidande såväl fysiskt som psykiskt.

Triage ska ske kontinuerligt. Den skadades prioritering kan förändras över tiden. Faktorer som påverkar är:

- ▶ skadans typ och grad av livshot
- ▶ tillgängliga sjukvårds- och transportresurser
- ▶ resultat av insatta åtgärder
- ▶ miljöfaktorer som kyla, väta, mörker, rök eller exposition för farliga ämnen
- ▶ det totala skadeutfallet.



FOTO: PKMC, VÄSTRA GÖTALANDS-REGIONEN OCH TSG ASSOCIATES

Prioritetsmarkeringskort

För markering av prioritet används triagemarkeringar. Dessa används för prioritering och har också utrymme för dokumentation av vidtagna åtgärder. På skadeplats görs en sällningstriage och på uppsamlingsplats en sorteringstriage. Korten har följande färgmarkeringar:

RÖD	Omedelbart (livshotande)
GUL	Brådskande (kan vänta)
GRÖN	Ej brådskande (ska vänta)
SVART/VIT	Död

Prioritetsmarkeringskortet SMART Tag[®], finns i samtliga ambulanser, anesthesi- ambulanser, akutläkarbilen och i ambulanshelikoptern samt i sjukvårdsgruppernas utrustning. Triagemarkeringar ska användas av ambulanssjukvårdare, sjuksköterskor och läkare vid allvarlig händelse. Om en skadad saknar livstecken och har så svåra skador att åtgärder är utsiktslösa kan sjuksköterska på skadeplats triagera och markera skadad

som död. Döda lämnas kvar på platsen tills polisen gett tillstånd om förflyttning.

BEHANDLING AV SKADADE

Vid stora olyckor och katastrofer upprättas en uppsamlingsplats för skadade inom skadeområdet. På uppsamlingsplatsen utförs sorterings-triage och de medicinska åtgärder som bedöms nödvändiga. Uppsamlingsplatsen upprättas antingen i lämplig byggnad eller i de tält som ingår i katastrofsjukvårdsenheten. Arbetet på en uppsamlingsplats organiseras i tre steg. En mottagande enhet, en behandlande enhet och en avsändande enhet där även registrering sker.

Om tillgången på sjuktransporter är god och om avståndet till sjukhus är kort får det medicinska omhändertagandet i skadeområdet inte fördröja en snabb avtransport av den skadade. Sjukvårdsinsatsen får inte bli så långvarig att sjuktransportresurserna inte används effektivt.

På vårdinrättning

SPECIALISTSJUKVÅRD PÅ AKUTSJUKHUS

Prioritering för avtransport från skadeområdet och till sjukhus kompliceras av att viss specialistsjukvård endast finns representerad på ett sjukhus i SLL och att kapaciteten för att ta emot ett större antal skadade kan bli begränsad. Vid stort skadeutfall måste därför patienterna fördelas på flera sjukhus. Behovet av fördelning mellan sjukhus måste tidigt påkallas av sjukvårdsledaren på ledningsplats men styrs av TiB/RSSL. Skadade med flera skadetyper skall prioriteras efter den skadetyper som utgör störst livshot eller störst risk för invalidiserande resttillstånd. Svårt trauma-kirurgiskt skadade ska i första hand omhändertas på Karolinska Universitets sjukhuset, Solna. I de fall då patienter omhändertas på sjukhus som saknar specialistvård för skadetyper, kan stöd inhämtas genom TiB/RSSL och sjukhusen.

OMHÄNDERTAGANDE AV SVÅRT SKADADE

Den högspecialiserade vården vid svåra traumafall är mycket resurskrävande och möjligheterna att bibehålla den medicinska kvaliteten vid stora skadeutfall är begränsad. Begränsningarna kan hänföras till bristande resurser i diagnostik, utbildad personal, operationskapacitet och

intensivvårdsplatser. Det krävs lokalt anpassade katastrofplaner på akutsjukhusen, för hur resurserna bäst används vid händelse av ett stort antal svårt skadade människor.

BRÄNNSKADESJUKVÅRD

Vid stort skadeutfall med bränn- och rökskadade, måste patienterna tidigt fördelas på flera sjukhus. Alla patienter som brännskas i Stockholm ska bedömas primärt vid en akutmottagning i SLL, i första hand vid Karolinska Universitetssjukhuset i Solna. Vid svår brännskada domineras patienternas initiala medicinska behov av anestesilogiska och intensivvårdsmässiga insatser. Patienterna bör dock bedömas av specialist inom 24 tim och vid behov helst överföras till brännskadekliniken inom 48 timmar. Samtidigt behov av tryckkammarbehandling eller andra skador skall prioriteras efter det tillstånd som är det mest akuta.

Avancerad brännskadesjukvård bedrivs vid Akademiska sjukhuset i Uppsala och Universitetssjukhuset i Linköping. När det föreligger behov av sekundärtransporter nationellt ska SLL TiB (eller annan person i Regional särskild sjukvårdsledning om denna är etablerad) kontakta TiB i Uppsala läns landsting respektive Landstinget i Östergötland för diskussion och koordinering. Vid behov av internationella sekundärtransporter ska dessutom Socialstyrelsens TiB informeras.

www.vardgivarwebb.regionostergotland.se

NEUROKIRURGI

Skallskadade patienter bör i första hand transporteras till Karolinska Universitetssjukhuset Solna. Om antalet skallskadade är stort måste patienterna föras till andra akutsjukhus i Stockholms län eller till andra landsting.

THORAXKIRURGI

De flesta patienter med thoraxtrauma kan behandlas vid allmänkirurgisk klinik. Akutsjukhus som saknar nödvändig kompetens bör erhålla kompetensförstärkning från Karolinska Universitetssjukhuset Solna. Om detta inte är möjligt flyttas patienten till thoraxkirurgisk klinik på Karolinska Universitetssjukhuset Solna.

BARNSJUKVÅRD

Extra resurser bör vid stor olycka eller katastrof kunna mobiliseras på Astrid Lindgrens barnsjukhus eller de akutsjukhus som har barnkliniker. Vanan att ta hand om sjuka och skadade barn är viktig framför allt från psykologisk synpunkt. I PKL-grupp bör ingå barnpsykolog eller barnpsykiater.

ÖGONSJUKVÅRD

Vid traumafall där ögonskada ingår som en del bör akutsjukhus erhålla kompetensförstärkning från S:t Eriks Ögonsjukhus.

PLANERING AV BLODTILLGÅNG

Transfusionsmedicin/Blodcentralerna är en klinik inom Stockholms Läns Landsting och har ett gemensamt lager av blodkomponenter fördelat på sex sjukhus (Karolinska Solna och Huddinge, Södersjukhuset, Danderyds sjukhus, Södertälje sjukhus och Norrtälje sjukhus). Huddinge sjukhus har det största blodlagret. I övrigt är blodlager dimensionerade efter normal verksamhet på respektive sjukhus. St Görans sjukhus har egen blodförsörjning från Mälardalen. I ett akut läge med många skadade med stora blödningar sker samverkan mellan sjukhusen och blod förflyttas efter behov. Det är viktigt att ansvarig läkare på Transfusionsmedicin får tidig information om omfattningen av skadade och hur skadade fördelas mellan sjukhusen, så att transporter av blodkomponenter prioriteras optimalt och att blodkomponenter finns där de skadade tas emot. Normalt finns det reservkapacitet av blod inom SLL, men det kan bli brist på blodgrupper, fr.f.a. O-blod och på trombocyter. Det kan vara aktuellt med blodtransporter från andra landsting och i extrema situationer, från andra länder.

Det är också mycket viktigt att ge information till blodgivare om var och när de behövs. Tydlig information bör ges tidigt, oftast behövs inte blodgivarna i det akuta läget, utan dagarna till veckorna efter en olycka med stor blodåtgång. Information till blodgivare ges av Blodcentralerna via hemsidan, www.geblod.nu

Kriskommunikation

Stockholms läns landsting finns till för de som bor, verkar eller vistas i Stockholms län. Det övergripande uppdraget är att tillgodose behovet av en väl fungerande hälso- och sjukvård, kollektivtrafik samt tandvård. Landstinget ansvarar också för regionplanering och för att bidra till ett fritt och tillgängligt kulturliv i länet.

Verksamheten är offentlig, styrs av grundläggande demokratiska principer och ska präglas av öppenhet. Detta ställer särskilda krav på förmågan att tillgodose behoven av kommunikation hos allmänhet, media, medarbetare och andra berörda – särskilt då händelser inträffar.

Hälso- och sjukvård samt kollektivtrafik är dessutom samhällsviktiga verksamheter med stor betydelse för den enskildes välbefinnande och trygghet. Stockholms läns landsting ska agera aktivt och ansvarstagande för att dels minska risken för händelser, dels minimera konsekvenserna om de inträffar. Det ska göras med stort fokus på att upprätthålla förtroendet, då detta är en förutsättning för att händelsen ska kunna hanteras effektivt.

Verksamheterna ska i sitt kriskommunikationsarbete sträva efter att tillgodose behoven utifrån en helhetsbedömning av det inträffade. Det innebär att enskilda verksamheter tidigt ska göra bedömningen av möjliga kommunikativa konsekvenser även för andra verksamheter inom Stockholms läns landsting.

Syftet med kriskommunikation inom Stockholms läns landsting är dels att minska risken för och konsekvenserna av en händelse, dels att upprätthålla eller stärka förtroendet genom god kommunikation. All krishantering ska utgå från att kriskommunikation är av stor betydelse för hur en händelse uppfattas, hur berörda agerar och därmed för händelseutvecklingen. Om en händelse är en krissituation eller inte avgörs till stor del av uppfattningen av det inträffade, hos medarbetare, allmänhet, media eller andra berörda. Behovet av kriskommunikation bestäms

alltså till stor del av omvärlden, detta oavsett hur en kris definieras inom verksamheten. Kriskommunikation ska därför tidigt och integrerat ingå i krishanteringen för att säkerställa att händelsen hanteras så effektivt som möjligt och utifrån så bred förståelse som möjligt.

Konkret kräver detta ett löpande och nära samarbete mellan kommunikatörer, verksamhetsansvariga och/eller berörda beredskapsfunktioner, redan vid misstanken om en händelse.

Detta gäller både om händelsen hanteras i linjeverksamhet eller om den hanteras av en krisledningsgrupp. Då en regional eller lokal krisledningsgrupp inrättas ska en kriskommunikationsfunktion alltid ingå.

Kommunikationsansvarig i berörd verksamhet ska under hela hanteringen av en händelse aktivt delta i formulering av inriktning och i strategiska beslut. Då kommunikation både är ett expertområde och ett stöd ska kommunikationsansvarigas bedömning av situationen och behoven av åtgärder och budskap vara en viktig del i den gemensamma lägesbilden och i det samlade beslutsfattandet i samband med händelsen.

Krisledningsarbetet ska drivas utifrån kunskapen att kriskommunikation kan behöva inledas före och fortgå efter övrig krishantering. Detta bland annat för att tidigt upptäcka och om möjligt påverka utvecklingen av en händelse samt hantera mer långsiktiga kommunikativa konsekvenser.

Vid höjt beredskapsläge för RSSL i Stockholms läns landsting kontaktar TIB, alternativt chef för RSSL, landstingets kommunikatör i beredskap, (KIB) som är en del av den centrala kriskommunikationsfunktionen. Vid höjt beredskapsläge knyts KIB till RSSL. Kriskommunikationsfunktionen har strategiskt och operativt ansvar för kriskommunikationen.

En viktig del av arbetet är att samordna kommunikationen med andra verksamheter internt i landstinget och externt med direkt berörda aktörer. RSSL:s chef ansvarar för att kriskommunikationsfunktionen får information om hur SLL:s olika funktioner hanterar händelsen. Kriskommunikationsfunktionen ansvarar för att informationen kommuniceras samt formerna för detta. Budskapen stäms av med chef RSSL.

Den externa kommunikationen sker i ordinarie kanaler, dvs via media, landstingets externa webbplatser och sociala medier.

Den interna kommunikationen förmedlas till förtroendevalda, medarbetare, koncernledning, förvaltnings- och bolagschefer, chefläkare och kommunikationsansvariga i ordinarie kanaler.

Händelser med farliga ämnen

Farliga ämnen, eller CBRNE, är begrepp som omfattar alla ämnen som kan orsaka skador på människor oavsett om det är kemisk, biologisk, radioaktiv eller av explosiv natur. Vid händelser med Farliga ämnen indelas skadeområdet i en het, varm och kall zon. I het zon får endast personal med särskild skyddsutrustning vistas, i allmänhet endast den kommunala räddningstjänsten. I varm zon är risken för kontaminering min-dre och där kan sjukvården eventuellt jobba med sin personliga skyddsutrustning. I kall zon behövs inte förstärkt skyddsutrustning.

C: Kemiska Olyckor

Händelser där verkan av kemikalier utgör en fara oavsett om de härrör från olycka vid transport, lagring, tillverkning av kemikalier eller avsiktlig spridning genom terrorism eller annan kriminalitet.

SANERING I SKADEOMRÅDE

Att utsättas för vissa kemikalier är farligt både för den drabbade och för sjukvårdspersonalen. Exponeringen ska därför avbrytas så snabbt som möjligt. Detta görs genom personsanering. Det är skillnad på livräddande personsanering, där man avbryter exponeringen av ämnet genom till exempel avklädning och avspolning, och fullständig personsanering, där alla skadliga ämnen avlägsnas från personen. Det finns situationer där man bör begränsa sig till att utföra livräddande personsanering och transportera "lätt kontaminerad" patient till fast saneringsanläggning vid sjukhus för fullständig sanering. Detta mot bakgrund att det ofta tar lång tid att gruppera saneringsenheten vilket i sig är en risk för en patient med sviktande vitalparametrar. I dessa situationer är avklädning och att svepa patienten i torra filter innan avtransport det snabbaste, effektivaste, mest resurssparande och det

alternativet som kommer reducera personsador mest. Om en "lät kontaminerad" patient körs i ambulans kan det vara nödvändigt för ambulanspersonalen att bära andningsskydd.

SANERING PÅ SJUKHUS

Alla akutsjukhus i Stockholms läns landsting ska kunna ta emot patienter vid en händelse med farliga ämnen. I anslutning till akutmottagningen ska det därför finnas ett saneringsutrymme för fullständig personsanering. Av sjukhusens lokala kris- och katastrofmedicinska planer ska det framgå hur sjukhusen ska omhänderta drabbade som har varit exponerade för farligt ämne. Även patienter som själva har tagit sig till närmaste sjukhus måste genomgå fullständig personsanering innan de tas in på akutmottagningen.

LÄKEMEDELSENHET FÖR SJUKVÅRDSGRUPP

Vid en händelse med farliga ämnen kan det behöva tillföras läkemedel till skadeplatsen, som normalt inte medföljer ambulansen. Vid en kemisk olycka kan därför sjukvårdsgrupp från Södersjukhuset, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, och Norrtälje sjukhus ta med sig läkemedelsenhet 1, avsedd för kemiska olyckor. Dessa läkemedel täcker behovet för behandling av skadade exponerade för brandgaser, cyanider, retande gaser samt utrustning för ögonspolning.

Sjukvårdsgrupp från Danderyds sjukhus ska ta med sig läkemedelsenhet 2 som täcker första behovet för behandling av skadade exponerade för brandgaser, cyanider, retande gaser, organiska fosforföreningar, nervgaser samt utrustning för ögonspolning. Vid kemiska olyckor bör därför alltid sjukvårdsgrupp från Danderyds sjukhus larmas i första hand.

LÄKEMEDELSFÖRRÅD PÅ SJUKHUS

På samtliga akutsjukhus i SLL ska läkemedelsförråd A finnas med läkemedel för behandling av skadade exponerade för brandgaser, cyanidföreningar, fluorvätesyra, retande gaser samt nervgaser. På Södersjukhuset ska dessutom finnas läkemedel för behandling av skadade exponerade för nitriter, nitrobensen och organiska fosforföreningar, läkemedelsförråd B. Finns behov av ytterligare läkemedel för behandling av förgiftade kan Giftinformationscentralen kontaktas, som har överblick av var ytterligare läkemedel finns.

B: Biologiska händelser

Sjukdomsalstrande mikroorganismer utgör en fara oavsett om de härrör från olycka som förorsakar spridning av sjukdomsalstrande ämnen, naturlig spridning av sjukdomsalstrande ämnen, avsiktlig spridning genom terrorism/annan kriminalitet. Farliga bakterier och smittor (B) uppträder både som epidemier, pandemier och vid hotbilder och följer därmed ofta en annan händelseutveckling. Läs mer i kapitlet "Epidemi-beredskap och smittskydd".

R/N: Händelser med joniserande strålning

Händelser där joniserad strålning utgör en fara oavsett om strålning härrör från olycka vid kärnteknisk anläggning, andra olyckor med radioaktiva ämnen/joniserad strålning eller avsiktlig spridning genom terroristhandling/kriminalitet. I strålskyddssammanhang talar man om extern bestrålning och intern bestrålning. Extern bestrålning erhåller man från en yttre strålkälla. Dessutom kan man få radioaktiva ämnen i kläder eller på hud (kontamination). Intern bestrålning sker då man inmundigat eller inandats radioaktiva ämnen.

INDIKERING

Vid arbete i varm zon krävs personlig skyddsutrustning med andningskydd av samma typ som vid en C-händelse, samt mätinstrument för att beträda riskområdet. Kontrollmätning avseende radioaktiv kontaminering på patienter bör ske på skadeplatsen och före sanering. Ledningsenheter, akutläkarbilen och utvalda ambulanser är utrustade med intensimetrar för mätning av kontaminering inför sanering och dosimetrar för detektering av strålningsförekomst.

PÅ SKADEPLATSEN

För egen säkerhet gäller heltäckande klädsel, handskar, huva, skyddsmask, skadade utgör ingen fara för räddningspersonal som bär heltäckande klädsel och andningsskydd. Se till att få fram mätinstrument, men fördröj aldrig medicinsk hjälp i väntan på dessa. Vistas kortast möjliga tid i närheten av misstänkt strålkälla och rör aldrig ett skadat kolli med händerna.

De omedelbara åtgärderna på skadeplats består i att flytta skadade

bort från den misstänkta strålkällan, ge medicinsk behandling, ta av ytterkläder och svep in de skadade i filter och därefter transportera de skadade till sjukhus. I de fall man kan utesluta risk för kontaminering på skadeplatsen, exempelvis vid exponering för enbart fasta strålkällor, finns inget behov av personsanering. Den drabbade skall då transporteras till sjukhus för utredning och vård. Vid traumafall kan det av medicinska skäl bli nödvändigt att omgående transportera kontaminerad patient för vård på sjukhus, utan att avklädning och avspolning har skett. I dessa fall är det viktigt att patienten omsluts med filter, så att strålkällan isoleras och inte ytterligare kontaminerar omgivningen.

E: Explosiva händelser

Alla händelser där ett explosivämne kan utgöra en fara genom detonation. Sprängskador är relativt ovanliga i fredstid men förekommer dock både vid olyckshändelser och avsiktliga handlingar vid terrordåd eller annan kriminalitet. Vid omhändertagande av en person som skadats i explosion används SLL:s medicinska riktlinjer men det finns några saker att tänka på.

Det som orsakar skada på person i samband med en explosion är tryckvåg, splitter, värmestrålning, brand och giftiga gaser. Det är viktigt att känna till till kinematiken vid sprängskador för att inte förbise mindre iögonfallande, men kanske livshotande, skador. Om det finns misstanke om antagonistisk händelse måste risken för ytterligare explosioner (ofta kallade "secondary device") beaktas.

Dessa kan riktas mot blåljuspersonal så överväg att placera ledningsplatsen och brytpunkten, utanför områden där ytterligare spränganordningar skulle kunna vara placerade. Flytta eller rör inget eller ingen på skadeplatsen om möjligt, det är en uppgift för polisens bombtekniker. Sök samband med en expert så snart det blir möjligt för samråd.

Vid ankomst till en plats där det finns en odetonerad sprängladdning, stanna utanför bedömt riskområde. Försök att utrymma riskområdet och spärra av med hänsyn till sprängladdningens bedömda storlek. Välj en skyddad plats för ledningsplats och brytpunkt. Genom att använda byggnader eller naturliga barriärer som skydd vilket minskar riskavståndet. Håll avstånd till byggnader med stora glasytor eftersom splitter står för en mycket stor del av personskadorna vid en explosion.

Beakta följande riskavstånd för sprängladdningar vid fri sikt:

- ▶ Brev/paket 200 meter
- ▶ Väska 300 meter
- ▶ Bil 500 meter.

Information om farliga ämnen

Vid händelse med farliga ämnen finns ett behov av information om risker, symtom och behandling av de skadade. Informationsbehovet gäller på akutmottagningar och i primärvården så väl som inom den prehospitäl vård. Det finns flera informationskällor för att nå kunskap om ett farligt ämne. Varje vårdgivare måste själv säkerställa tillgången till relevant information och beslutstöd i den egna verksamheten.

Epidemiberedskap och smittskydd

Enligt gällande smittskyddslag har landstinget ansvar för det personinriktade smittskyddet, medan kommunernas miljö- och hälsoskyddsnämnder har ansvar för det objektinriktade.

Landstingets epidemiberedskap har till uppgift att

- förebygga spridning av smittsamma sjukdomar
- vid konstaterad eller misstänkta fall av smittsam sjukdom förhindra spridning av sjukdomen

Ansvarigt politiskt organ är hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN), som anger riktlinjerna för smittskyddsverksamheten i stort. Landstingets smittskyddsläkare leder det direkta smittskyddsarbetet och biträds av primärkommunernas miljö- och hälsoskyddsnämnder, läkare och andra verksamma inom området. Smittskyddsläkaren svarar för samordningen av länets epidemiberedskap.

Den länsövergripande epidemiberedskapsplanen, som är upprättad för fred men som även kan gälla vid större infektionskatastrofer i krig, beskriver hur smittskyddsarbetet i Stockholms län ska bedrivas i samband med epidemier. Vid stora epidemiologiska katastrofer (t.ex. influensa-pandemi eller stora bioterroristattacker) tar landstingets Regional särskild sjukvårdsledning (RSSL) i samarbete med smittskyddsläkaren över ansvaret för ledning av bekämpningen och de sjukvårdsmässiga konsekvenserna av utbrottet.

Förutom den länsövergripande epidemiberedskapsplanen finns följande planer att läsa på Smittskydd Stockholms hemsida:

www.smittskyddstockholm.se

- Handlingsplan för hantering av försändelser med misstänkt farligt ämne (t.ex. ”pulverbrev”) som kan innebära hot

- ▶ Beredskap inför en befarad influensapandemi
- ▶ Handlingsplan för fågelinfluensa
- ▶ Epidemiberedskapsplan för flyg
- ▶ Epidemiberedskapsplan för Stockholms hamn AB
- ▶ Handlingsplan för virala hemorragiska febrar (VHF), t.ex. ebola
- ▶ Mers-coronavirus

Psykologiskt och socialt krisstöd

Psykologiskt och socialt krisstöd i skadeområdet

Vid olika typer av händelser kan fysiskt skadade, oskadade, deras anhöriga och närstående samt vittnen liksom räddnings- och sjukvårdspersonal utsättas för svåra påfrestningar som kan bli psykologiskt traumatiserande. Risken för allvarliga bestående följdverkningar ökar om stödet inte beaktar psykologiska behov. Det psykologiska omhändertagandet i skadeområdet består av basal psykologisk omvårdnad, som ambulanssjukvårdens personal och sjukvårdsgrupper kan ge. Det kvalificerade psykologiska krisstödet ges på sjukhusens krisstöds-mottagning eller i en lugn miljö på annan plats. All personal som deltagit i räddningsinsatser ska erbjudas professionellt stöd för att kunna bearbeta sina upplevelser.

PSYKOLOGISK/PYSKIATRISK KATASTROFLEDNINGSORGANISATION (PKL)

– SYFTE OCH MÅL

Det psykologiska och sociala krisstödet är en betydelsefull del av det katastrofmedicinska arbetet. Krisstödet innefattar medmänskligt, psykologiskt, socialt och praktiskt stöd, information och bedömning av individuella och gruppmissiga behov, men också uppföljning och vid behov mer långvarig kontakt. Tidiga insatser lindrar lidande, minskar risken för psykisk och fysisk ohälsa inklusive funktionsnedsättning i efterförloppet och skapar bättre förutsättningar för att den drabbade ska kunna återgå till ett normalt liv. De grupper som kan bli aktuella är direkt drabbade av händelsen (direkt exponerade för händelsen, vittnen, åskådare) och indirekt drabbade (närstående/anhöriga, sjukvårdspersonal, allmänhet, hela samhället).

Regionala enheten kris- och katastrofpsykologi, SLL (RKK) ansvarar för PKL organisationen på uppdrag av Enheten för katastrofmedicinsk beredskap (EKMB). På alla akutsjukhus i SLL ska det finnas en PKL-grupp (psy-

kologisk/psykiatrisk katastrofledningsgrupp) bestående av kuratorer, psykologer, psykiatriker, sjuksköterskor, präster och diakoner med ansvar för att leda den psykologiska krisstödsorganisationen lokalt på sjukhuset. På uppdrag från RSSL kan PKL förflyttas till annan plats utanför sjukhuset som t.ex. Arlanda flygplats. PKL-gruppen bör bestå av ledningsvana representanter med kunskap om barn, ungdomar, vuxna och äldre. De ska rekryteras från somatisk sluten- och öppenvård, vuxenpsykiatrisk och barn- och ungdomspsykiatrisk sluten och öppenvård, sjukhuskyrka och primärvård.

PKL-gruppen ska vara representerad i den lokala medicinska katastrofkommittén och lokal särskild sjukvårdsledning, LSSL, på sjukhuset. PKL-gruppen ska upprätta planer för det katastrofpsykologiska krisstödet och omhändertagandet samt svara för rekrytering, fortbildning och kompetensutveckling av PKL gruppens krisstödspersoner. Ett samarbete med olika enheter inom SLL bör etableras såväl som med kommunens krisstödsverksamhet samt andra för katastrofberedskapen relevanta myndigheter och organisationer både inför såväl som vid en inträffad allvarlig händelse.

Vid varje akutsjukhus i länet ska finnas särskilda lokaler angivna för upprättande av PKL-krisstödsomfattning respektive PKL-telefonmottagning. Dessa bemannas av PKL organisationen enligt en i förväg upprättad och övad plan.

I anslutning till en allvarlig händelse ska PKL-gruppen bl.a.:

- ▶ Leda och samordna det psykologiska krisstödet och omhändertagandet
- ▶ Tillse att direkt och indirekt drabbade personers psykologiska och sociala behov tillgodoses
- ▶ Tillse att sjukvårdspersonal erhåller adekvat psykologiskt krisstöd

Efter en allvarlig händelse ansvarar PKL-gruppen för att de katastrof-drabbade följs upp samt för att sjukvårdspersonalen erbjuds möjlighet till psykologisk genomgång och andra personalstödande insatser som t.ex. individuell samtalskontakt.

Evakuering av sjukvårdsinrättning

Att evakueras ett sjukhus innebär en påfrestning för ett landsting och kan påverka hela eller delar av landstingets samlade sjukvårdsresurser. Att samordna dessa resurser för en sådan insats är en stor utmaning och förutsätter en god planering.

I landstingets ansvar för katastrofmedicinsk beredskap ingår framtagande av planer och strategier för planerad evakuering av sjukhus.

Syftet med en regional katastrofmedicinsk beredskapsplan för evakuering är att underlätta regional samordning av resurser i händelse av evakuering av sjukvårdsinrättning.

Beslut om en omedelbar utrymning då sjukhusens ordinarie utrymningsplaner gäller kan fattas av polismyndighet eller räddningstjänst beroende på händelsens art. Vid evakuering av andra skäl fattas beslut av sjukhusets chefläkare/chef katastrofledning i samråd med tjänsteman i beredskap (TiB)/Chef regional särskild sjukvårdsledning, i Stockholms läns landsting benämnt RSSL – Regional särskild sjukvårdsledning.

Stockholms läns landstings regionala plan för planerad evakuering är ett komplement till den regionala katastrofmedicinska beredskapsplanen.

Planen gäller för evakuering av akutsjukhus men bör kunna appliceras även på övriga sjukvårdsinrättningar.

På akutsjukhusen i Stockholms läns landsting skall det finnas en lokal anpassning av den regionala evakueringsplanen. Personalen skall i enlighet med det katastrofmedicinska ansvaret vara utbildade och övade i evakueringsplanen.

Bilagor

Bilaga 1

Läkemedelsenhet 1 och 2 för sjukvårdsgrupp

De mängder som lagerhålls i läkemedelsenhet 1 och 2 följer de rekommendationer som tidigare gavs i "Förgiftningar Behandlingsanvisningar och antidotlista, Särtryck ur Läkemedelsboken, avsnitt "Katastroflager för sjukvårdsgrupp". Särtrycket innehåller också behandlingsanvisningar och doseringsanvisningar.

Läkemedelsenhet 1 ska finnas på Karolinska universitetssjukhuset Huddinge, Norrtälje sjukhus och Södersjukhuset.

Läkemedelsenhet 2 ska finnas på Danderyds sjukhus

LÄKEMEDELSENHET 1

Preparat	Beredningsform	Mängd	Indikation
Bricanyl Turbuhaler (terbutalinsulfat)	Inhalationspulver 0.5 mg/dos	10 x 1 x 100 doser	Retande gaser
Cyanokit (hydroxokobalamin)	Infusionssubstans	2 x 1 x 5 g	Brandrök, cyanid föreningar, nitriler
Natriumtiosulfat (natriumtiosulfat)	Infusionsvätska 150 mg/ml	8 x 100 ml	Brandrök, cyanid- föreningar, nitriler
Pulmicort Turbuhaler (budesonid)	Inhalationspulver 400 mikrog/dos	10 x 1 x 200 doser	Retande gaser
Ringer-Acetat Baxter (natriumklorid + elektrolyter)	Infusionsvätska	1 x 1000 ml	Ögonspolning
Tetrakain Bausch&Lomb (tetrakainhydroklorid)	Ögondroppar 1 %	1 x 20 x 0,5 ml	Ögonspolning

LÄKEMEDELSENHET 2

Preparat	Beredningsform	Mängd	Indikation
Atropin Mylan (atropin)	Injektionsvätska 0.5 mg/ml	10 x 1 x 20 ml	Organiska fosfor- föreningar, nervgaser
Bricanyl Turbuhaler (terbutalinsulfat)	Inhalationspulver 0.5 mg/dos	10 x 1 x 100 doser	Retande gaser
Cyanokit (hydroxokobalamin)	Infusionssubstans	10 x 1 x 5 g	Brandrök, cyanid- föreningar, nitriler
Första hjälpen – senapsgas (klorkalk + magnesiumoxid)	Saneringspulver	12 st	Nervgaser, senaps- gaser, lewisit
Natriumtiosulfat (natriumtiosulfat)	Infusionsvätska 150 mg/ml	10 x 100 ml	Brandrök, cyanid- föreningar, nitriler
Pulmicort Turbuhaler (budesonid)	Inhalationspulver 400 mikrog/dos	10 x 1 x 200 doser	Retande gaser
Ringer-Acetat Baxter (natriumklorid + elektrolyter)	Infusionsvätska	1 x 1000 ml	Ögonspolning
Stesolid novum (diazepam)	Injektionsvätska 5 mg/ml	2 x 10 x 2 ml	Nervgaser
Tetrakain Bausch&Lomb (tetrakainhydroklorid)	Ögondroppar 1 %	1 x 20 x 0,5 ml	Ögonspolning
Toxogonin (licens) (obidoxim)	Injektionsvätska 0.25 g/ml (250 mg/ml)	1 x 5 x 1 ml	Organiska fosfor- föreningar, nervgaser

Bilaga 2

Läkemedelsförråd A och B för mottagande sjukhus

I "Förgiftningar Behandlingsanvisningar och antidotlista, Särtryck ur Läkemedelsboken, finns behandlingsanvisningar och doseringsanvisningar.

Läkemedelsförråd A ska finnas på Norrtälje sjukhus, Danderyds sjukhus, Karolinska universitetssjukhuset i Solna och Huddinge, Capio S:t Görans sjukhus och Södertälje sjukhus.

Läkemedelsförråd B ska finnas på Södersjukhuset.

LÄKEMEDELSFÖRRÅD A

Preparat	Beredningsform	Mängd	Indikation
Bricanyl Turbuhaler (terbutalinsulfat)	Inhalationspulver 0.5 mg/dos	5 x 1 x 100 doser	Retande gaser
Calgonate (licens) (kalciumglukonat)	Gel 2.5 %	2 x 1 x 25 g	Fluorvätesyra
Natriumtiosulfat (natriumtiosulfat)	Infusionsvätska 150 mg/ml	10 x 100 ml	Brandrök, cyanidföreningar
Pulmicort Turbuhaler (budesonid)	Inhalationspulver 400 mikrog/dos	10 x 1 x 200 doser	Retande gaser

LÄKEMEDELSFÖRRÅD B

Preparat	Beredningsform	Mängd	Indikation
Atropin Mylan (atropin)	Injektionsvätska 0.5 mg/ml	20 x 1 x 20 ml	Organiska fosfor- föreningar, nervgaser
Bricanyl Turbuhaler (terbutalinsulfat)	Inhalationspulver 0.5 mg/dos	5 x 1 x 100 doser	Retande gaser
Calgonate (licens) (kalciumglukonat)	Gel 2.5 %	2 x 1 x 25 g	Fluorvätesyra
Metyltionin APL (metyltioninklorid)	Injektionsvätska 10 mg/ml	1 x 10 x 10 ml	Nitritföreningar, nitrobensen
Natriumtiosulfat (natriumtiosulfat)	Infusionsvätska 150 mg/ml	10 x 100 ml	Brandrök, cyanid föreningar, nitriler
Pulmicort Turbuhaler (budesonid)	Inhalationspulver 400 mikrog/dos	10 x 1 x 200 doser	Retande gaser
Toxogonin (licens) (obwim)	Injektionsvätska 0.25 g/ml (250 mg/ml)	1 x 5 x 1 ml	Organiska fosfor- föreningar, nervgaser

BESTÄLLNING AV LÄKEMEDEL

Läkemedel till läkemedelsenhet 1 respektive 2 samt läkemedelsförråd A respektive B beställs från ApoEx via Visma Proceedo som övriga läkemedel inom SLL.

JOURBESTÄLLNINGAR

Helgfria vardagar kl 16.00 – 08.00 samt alla helgdagar (röda dagar).

Tfn kundservice Läkemedelsförsörjning SLL 08-123 136 00 el ApoEx tel 08-124 467 65.

GIFTINFORMATIONSCENTRALENS ANTIDOTREGISTER

Aktuell information om vilket sjukhus i Sverige som lagerhåller en viss antidot och i vilken mängd går att hitta i Giftinformationscentralens antidotregister, www.giftinformation.se.

Lagerhållna mängder vid jourapoteket C W Scheele i Stockholm finns också angivna, och därifrån kan antidoter rekvireras akut dygnet runt.

KONTAKTUPPGIFTER TILL GIFTINFORMATIONSCENTRALEN (GIC)

Frågor om antidoter ställs till Giftinformationscentralen, tel 010-456 67 00 (allmän förfrågan, dagtid) eller 08-736 03 84 (akut förfrågan). Det går också bra att skicka icke akuta frågor till antidoter@gic.se.

KATASTROFFÖRRÅD

Utöver de lager av ”antidoter i beredskapssyfte” som sjukhusen själva lagerhåller finansierar Socialstyrelsen tre särskilda katastrofförråd. Förråden innehåller främst antidoter avsedda för behandling av nervgasexponering och andra gasolyckor samt tungmetallförgiftning. Förråden finns utplacerade på SU/Sahlgrenska i Göteborg och Apoteket Universitetssjukhuset MAS i Malmö samt på Apoteket C W Scheele i Stockholm.

UPPLYSNINGAR OM KATASTROFFÖRRÅDEN LÄMNAS AV

Socialstyrelsens tjänsteman i beredskap (TiB) tel 0771-800 900
Apoteket C W Scheele, Stockholm tel 010-447 61 00.

SOCIALSTYRELSEN HAR BEREDSKAPSLAGER FÖR

- ▶ Antidoter för vissa kemiska och radionukleära händelser
- ▶ Infusionsvätskor; Glukos 50 mg/ml 1000 ml, Natriumklorid 9 mg/ml 1000 ml och Ringer-Acetat 1000 ml.

FOLKHÄLSOMYNDIGHETENS BEREDSKAPSLAGER AV LÄKEMEDEL

Smittskyddshändelser – antiviraler samt säkerhetslager av antibiotika. (Ansvaret för dessa läkemedel har övergått till Folkhälsomyndigheten från den 1 juli 2015).

Folkhälsomyndighetens tjänsteman i beredskap (TiB) tel 010-205 24 00

LOKALA RUTINER

Vårdgivaren ansvarar för ansvarsfördelning och lokala rutiner avseende hantering, beställning och förvaring av läkemedel i katastroflager.

REFERENSER

- ▶ Antidotlista 2017 – Lista över rekommenderade antidoter från Giftinformationscentralen
- ▶ Information om Socialstyrelsens beredskapslagring av antidoter och infusionsvätskor
- ▶ Smittskyddsläkemedel i beredskapslager från Folkhälsomyndigheten

Bilaga 3**Mall för rapportering i och från skadeområde**

- ▶ allvarlig händelse
- ▶ exakt plats
- ▶ typ av händelse
- ▶ risker
- ▶ tillfartsvägar
- ▶ antal skadade
- ▶ resurser.

Bilaga 4

Åtgärdslista för sjukvårdsledare

- ▶ vindruterapport
- ▶ verifieringsrapport
- ▶ etablera ledning
- ▶ säkerhet – CBRNE?
- ▶ fatta inriktningsbeslut
- ▶ skadeplatsorganisation
- ▶ inventering av skadade
- ▶ samverkan
- ▶ samordning av sjukvårdsinsatsen
- ▶ skapa lägesbild.

Bilaga 5

Sambandsorganisation i ett skadeområde vid allvarlig händelse

ALLMÄNT

- ▶ Anvisad eller tilldelad talgrupp – är den talgrupp som PoD tilldelar för hela insatsen. Sjukvårdens resurser skall ha anvisade eller tilldelade talgrupper med öppen passning inställd i de mobila radiostationerna under hela insatsen om inte annat meddelas.
- ▶ Talgrupp för sjukvårdsinsats – är den talgrupp som används för intern radiotrafik inom skadeområdet, för till exempel rapporter och ordergivning mellan olika sektorer och staben.

GENERELLA RUTINER

- ▶ Den fordonsmonterade mobila radiostationen, ska ha anvisad eller tilldelad talgrupp för sjukvårdsinsats inställd *under framkörning* till hämtplatsen och under sjukvårdsinsatsen.
- ▶ Den handburna mobila radiostationen, ska ha anvisad eller tilldelad talgrupp för samverkan, såsom Sthm RAPS-n, Sthm RAPS-9n, Sthm Blå-n och SAR inställd *under framkörning* till hämtplatsen.
- ▶ Vid *ankomst* till hämtplatsen ska anvisad eller tilldelad talgrupp för sjukvårdsinsats vara inställd i de handburna mobila radiostationerna, om inget annat sägs.

SAMVERKAN

▶ *Intern samverkan*

För att effektivisera och säkerställa radiosambandet i en ledningsenhet rekommenderas att den externa enhetstalgruppen används för intern radiotrafik.

▶ *Samverkan i en sektor*

Samverkan mellan ambulanspersonalen i en sektor rekommenderas ske i lokal talgrupp för sjukvårdsinsats, exempel 331 SjöIns-15. Radiotrafiken i en sektor bevakas inte av sjukvårdsledningen.

▶ *Samverkan mellan sektor och sjukvårdsledning*

Samverkan mellan sektorledare och sjukvårdsledning rekommenderas ske i lokal talgrupp för sjukvårdsledning, exempel 331 SjöLed-10.

SAMBANDSORGANISATION

- ▶ Telefonsamtal mellan olika funktioner skall i möjligaste mån undvikas.
- ▶ *En person* i respektive sektor (sektorledaren eller stabspersonen) kommunicerar i radio med ledningsplatsen. Detta sker i huvudsak i en lokal talgrupp för sjukvårdsledning.
- ▶ Anvisad eller tilldelad talgrupp för samverkan (RAPS eller SAR) skall vara inställd i den handburna mobila radiostationen och talgrupp för sjukvårdsinsats skall vara inställd i den fordonsmonterade mobila radiostationen under framkörning.
- ▶ Inom skadeområdet kan fler talgrupper för samverkan och sjukvårdsinsats anvisas eller tilldelas. Ledningsplatsen kan, efter beslut av PoD, ha flera talgrupper till sitt förfogande.
- ▶ Lägesrapporter från sektorer lämnas till staben genom anrop till "Ledningsplats".
- ▶ Sjukvårdsledaren fattar beslut om vem i staben som ska svara på anrop på respektive talgrupp.
- ▶ Har sektorerna en specifik (medicinsk) fråga som berör sjukvårdsledaren anropas "Ledningsplats" och man begär därefter att få kontakt med sjukvårdsledaren.
- ▶ Tänk på att sjukvårdsgrupp kan anlända i ett fordon som saknar sambandsutrustning och därför inte kan kommunicera/ meddela sig framme från brytpunkt!
- ▶ Kommunikation mellan sjukvårdsledning/stab och tjänsteman i beredskap/ RSSL sker alltid via PoD.
- ▶ PoD skall kontaktas via individanrop i Rakel för anvisning, enligt fördelningsnyckel, till rätt akutsjukhus. Därefter sker förvarning från ambulanssjukvården till berört akutsjukhus via individanrop i Rakel.

Bilaga 6

Samordning vid evakuering av sjukvårdsinrättning



Litteratur

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om fredstida katastrofmedicinsk beredskap och planläggning inför höjd beredskap.	SOSFS 2013:22
Riktlinjer medicinsk katastrofberedskap	Socialstyrelsen 2001
Händelser med kemikalier. Kunskapsunderlag för hälso- och sjukvården.	Socialstyrelsen 2009
Psykiskt och socialt omhändertagande vid stora olyckor och katastrofer	Allmänna Råd från Socialstyrelsen 1991:2 Reviderad 1996
Kärntekniska olyckor och katastrofer med radioaktivt utsläpp.	SoS-rapport 1998

Text och sakinnehåll: Enheten för katastrofmedicinsk beredskap, EKMB
Illustrationer: Gunnar Kaj
Foto: Torkel Ekqvist, Fotogruppen SÖS och Socialstyrelsen
Grafisk form: Alenäs Grafisk Form
© EKMB, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, 2017

