Region Stockholm

3
Regionala riktlinjer för katastrofmedicinsk beredskap för Region Stockholm
HSN 2022-0910

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Katastrofmedicinsk beredskap.
Birgitta Almgren

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2022-10-06

HSN 2022-0910

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

Regionala riktlinjer för katastrofmedicinsk beredskap för Region Stockholm

Ärendebeskrivning

Hälso- och sjukvårdsnämnden fick den 7 juni 2022 i uppdrag av regionfullmäktige att ta fram regionala riktlinjer för katastrofmedicinsk beredskap för Region Stockholm.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Generella regionala katastrofmedicinska riktlinjer
Regionala katastrofmedicinska riktlinjer verksamhetsområde prehospital vård (bilaga 1)
Regionala katastrofmedicinska riktlinjer verksamhetsområde akutsjukhus (bilaga 2)
Regionala katastrofmedicinska riktlinjer verksamhetsområde närsjukvård och sjukvårdsrådgivning (bilaga 3)
Regionala katastrofmedicinska riktlinje verksamhetsområde slutenvård evakuering (bilaga 4)

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar följande:

Generella regionala katastrofmedicinska riktlinjer, inklusive bilagor med riktlinjer för verksamhetsområdena prehospital vård, akutsjukhus, närsjukvård och sjukvårdsrådgivning samt slutenvård evakuering, godkänns.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund
Krisberedskapsplan och Regional katastrofmedicinsk beredskapsplan för Region Stockholm (RS 2019–1092) fastställdes i juni 2022.

Hälso- och sjukvårdsnämnden gavs i uppdrag att ta fram regionala riktlinjer för katastrofmedicinsk beredskap för Region Stockholm. Regional katastrofmedicinsk beredskapsplan har tidigare fastställts av hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN 2020–1415). Mot bakgrund av erfarenheterna från pandemihanteringen föreslogs att den regionala katastrofmedicinska planen läggs som bilaga till Region Stockholms krisberedskapsplan och därmed fastställs av regionfullmäktige. Hälso- och sjukvårdsnämnden gavs i uppdrag att ta fram kompletterande riktlinjer för katastrofmedicinsk beredskap.

Innehållet i riktlinjerna är hämtade från Regional katastrofmedicinsk beredskapsplan (HSN 2020–1415) och omfattar det innehåll som inte inkluderades från Krisberedskapsplan och Regional katastrofmedicinsk beredskapsplan för Region Stockholm (RS 2019–1092). Texterna har reviderats och enstaka delar har tillkommit.
Innehållet har strukturerats i en generell regional riktlinje samt fyra underliggande riktlinjer utifrån olika verksamhetsområden, prehospitalt, akutsjukhus, närsjukvård, sjukvårdsrådgivning samt evakuering. Syftet med uppdelning i olika verksamhetsområden är att öka tillgänglighet genom samlad information.

Den generella regionala riktlinjen innehåller en bakgrundsbeskrivning, definitioner och gällande lagstiftning, föreskrifter och allmänna råd. Resurser och gränssättande faktorer i Region Stockholm beskrivs. Vidare ingår ledning och organisation regionalt inklusive kriskommunikation samt psykologiskt och socialt stöd.

Ny text i riktlinjen är behov av stabil och klimatanpassad tillgång till nödvändiga läkemedel, medicintekniska hjälpmedel och övriga produkter vid särskild händelse enligt beslut i hälso- och sjukvårdsnämnden 15 december 2020 § 299 (HSN 2020–0046). Text om närsjukvårdens resurser, exempel på åtgärder regional särskild sjukvårdsledning (RSSL) samt evenemang och kommande händelser är nya. Texter om lagstiftningar samt psykologiskt och socialt stöd är reviderade.

Den regionala katastrofmedicinska riktlinjen verksamhetsområde prehospital vård (bilaga 1) innehåller beskrivning av prehospitala resurser, ledning, ansvar, samverkan och organisation, behandlingsprinciper samt krisstödsbedömning i skadeområde. Ett kapitel beskriver hantering av farliga ämnen CBRNE, som står för kemiska (C), biologiska (B), radiologiska (R) nukleära (N) och explosiva (E) ämnen.

Förutom uppdatering av texter har behandlingsprinciper i skadeområde uppdaterats och utvecklats. Kapitlet om farliga ämnen har utvecklats.

Den regionala katastrofmedicinska riktlinjen verksamhetsområde akutsjukhus (bilaga 2) innehåller beskrivning av ledningsorganisation samt innehåll i den lokala katastrofmedicinska beredskapsplanen. Behandlingsprinciper på vårdinrättning avseende omhändertagande av större antal skadade beskrivs utifrån olika vårdområden. Vidare ingår omhändertagande på akutsjukhus vid en händelse med farliga ämnen samt psykologiskt och socialt stöd. Plan för epidemiberedskap hänvisas till epidemi och pandemiplan.

Nytt i riktlinjen är plan för stabil och klimatanpassad tillgång till nödvändiga läkemedel, medicinteknisk utrustning, skyddsutrustning och övriga produkter utifrån verksamhetens kritiska sortiment inför en särskild händelse, vem som fattar beslutsnivå vid behov av förändrad organisation, plan för stöd till chefer och medarbetare som arbetar under insatsen. Behandlingsprinciper har reviderats och händelser med farliga ämnen har utvecklats och förtydligats.

Den regionala katastrofmedicinska riktlinjen verksamhetsområde närsjukvård samt sjukvårdsrådgivning (bilaga 3) innehåller de olika verksamheternas roller vid en särskild händelse. Lokal särskild sjukvårdsledning i Stockholms sjukvårdsområde (SLSO) beskrivs övergripande. Katastrofmedicinsk beredskapsplan närakuter är ny och innehållet har en liknande struktur som för akutsjukhusen med anpassning till närakuter. Det finns ett kapitel som beskriver psykologiskt och socialt stöd på närakuter.

Texter om lokal särskild sjukvårdsledning och närakuter är nya. Texterna är framtagna i samverkan med verksamheterna. Katastrofmedicinsk beredskapsplan sjukvårdsrådgivning är reviderad avseende namn; 1177 på telefon och knappval 8 i stället för 9.

Regionala katastrofmedicinska riktlinje verksamhetsområde slutenvård evakuering (bilaga 4) har tidigare varit en plan. Ny text i riktlinjen finns under rubrikerna lokal särskild sjukvårdsledning (LSSL) på mottagande sjukhus, sjukvårdsledare från den prehospitala vården.

Överväganden
Under framtagande av riktlinjerna har synpunkter från vårdverksamheter och avtalsansvariga hämtats in och beaktats.

Ekonomiska konsekvenser
Sker inom ramen för ordinarie budget.

Konsekvenser för patientsäkerhet
En bred tillämpning av riktlinjerna har gynnsam effekt på patientsäkerheten.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Riktlinjerna förväntas leda till en jämlik behandling av patienter i samband med en särskild händelse.

Miljökonsekvenser
Förslaget till beslut förväntas få oförändrade konsekvenser för miljön.

Administrativa konsekvenser
Förslaget innebär oförändrade administrativa konsekvenser.

Anders Ahlsson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Johan Bratt
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Akten

Godkänd av Anders Ahlsson, 2022-10-06

Region Stockholm

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Patientsäkerhet och beredskap
Enheten för katastrofmedicinsk beredskap, EKMB

GENERELLA REGIONALA KATASTROFMEDICINSKA RIKTLINJER

Generella regionala katastrofmedicinska riktlinjer

Innehåll

Regionala katastrofmedicinska riktlinjer 2
Övergripande definitioner 3
Resurser i Region Stockholm 4
Gränssättande faktorer inom hälso- och sjukvården i Region Stockholm 5
Lagstiftning, föreskrifter och allmänna råd 5
Samverkande myndigheter och organisationer 6
Regional ledning och organisation 10
Kriskommunikation 11
Psykologiskt och socialt krisstöd 13
Evenemang och kommande händelser 15

Revisionshistorik

Version	Datum	Förändring jämfört med senaste utgåva
1.0	2022-09-16	

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Beslutad av HSN oktober 2022
Gäller tills vidare
Diarienummer: HSN 2022–0910

Regionala katastrofmedicinska riktlinjer

I de regionala katastrofmedicinska riktlinjerna fördjupas och tydliggörs frågor om katastrofmedicin. Riktlinjerna bygger på Krisberedskapsplan och regional katastrofmedicinsk beredskapsplan för Region Stockholm (RS 2019–1092) för Region Stockholm och är styrande dokument. I riktlinjerna anges de krav som ställs på den katastrofmedicinska beredskapen inom hälso- och sjukvård samt för krisstöd. De regionala katastrofmedicinska riktlinjerna är dels generella, dels lokala uppdelade i olika vårdområden för akutsjukhus, närsjukvård, sjukvårdsrådgivning, prehospital vård och evakuering. Riktlinjerna beslutas av Hälso- och sjukvårdsnämnden.

Inledning

I Stockholms län bor 2, 4 miljoner människor, drygt en femtedel av Sveriges befolkning. Stockholms län är tätbefolkat jämfört med andra län i Sverige. Stockholms län har även flest antal befolkade öar utan broförbindelse jämfört med Västra Götaland och Skåne.

Hälso- och sjukvården genomgår ständigt förändringar och den katastrofmedicinska beredskapen anpassas kontinuerligt till de nya strukturerna. Den högspecialiserade akutsjukvården är koncentrerad och uppdragen för akutsjukhus är differentierade. Närsjukvården har utvecklats till att ha en stor roll att spela vid katastrofmedicinska händelser och ingår i den katastrofmedicinska beredskapen.

Naturkatastrofer, ökade klimatförändringar med värmeböljor som leder till torka, skyfall, olyckor med kemikalier, omfattande störningar i den tekniska infrastrukturen, ökad kriminalitet samt terroristangrepp är exempel på händelser som årligen drabbar olika samhällen i världen. I raden av händelser visar pandemin med covid-19 vilken påverkan som smittsamma sjukdomar kan få på sjukvårdssystemet och på samhället i stort.

Flera internationella händelser, exempelvis evakueringar visar att det behov av planerade insatser för att möta sjukvårdsbehov och krisstödsbehov hos de ankommande.

Det säkerhetspolitiska läget i Sveriges närområde (Östersjöområdet) har försämrats under det senaste decenniet. De verktyg som används är bland annat påverkansoperationer av olika slag, strategiska förvärv av verksamheter och fastigheter, cyberoperationer inklusive elektroniska sabotage, diplomati och militära maktdemonstrationer.

Hälso- och sjukvården har främst drabbats av konsekvenserna att den organiserade gängbrottsligheten försökt påverka andra grupperingar vid och inne i hälso- och sjukvårdsanläggningar. Hot mot hälso- och sjukvårdens medarbetare förekommer, vilket även spridit sig till mindre städer och orter. Enligt Säkerhetspolisen har även hot eller påverkan på förtroendevalda och tjänstepersoner ökat de senaste åren.

Säkerhetspolisens arbete mot terrorism och våldsbejakande pågår ständigt och högerextremistisk och islamistiskt motiverad terrorism bedöms utgöra det främsta attentatshotet mot Sverige i helårsbedömning 2022 enligt Nationellt centrum för terrorhotsbedömning (NCT).

Erfarenheter från exempelvis Estoniakatastrofen 1994, tsunamikatastrofen 2004, terroristattacken i Stockholm 2017 samt många internationella händelser visar att det psykologiska omhändertagandet får allt större betydelse vid en särskild händelse.

Lagstiftning och samverkan skapar goda förutsättningar för ökat samarbete mellan olika regioner. Inom 20 mils radie från centrala Stockholm finns flera universitetssjukhus, ett stort antal akutsjukhus och omfattande sjuktransportsresurser. Region Stockholm har möjlighet att få stöd med resurser från andra regioner och kan bistå andra delar av landet vid särskild händelse. Utmaningen är i de situationer då flera regioner eller hela Sverige ställs inför samma utmaningar samtidigt.

Övergripande definitioner

KATASTROFMEDICINSK BEREDSKAP
Beredskap att bedriva hälso- och sjukvård i syfte att minimera negativa konsekvenser vid särskild händelse

STOR OLYCKA
Särskild händelse där tillgängliga resurser är otillräckliga i förhållande till det akuta behovet, men där det genom omfördelning av resurser och förändrad teknik är möjligt att upprätthålla normala kvalitetskrav.

KATASTROF
Särskild 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.

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 en region.

SÄRSKILD HÄNDELSE
Samlingsterm för händelser som är så omfattande eller krävande att resurserna måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt. Detta inkluderar också risk för eller hot om sådan händelse. Begreppen stor olycka, katastrof och extraordinär händelse faller alla in under samlingsbegreppet särskild händelse.

Resurser i Region Stockholm

Inom akutsjukvården i Region Stockholm finns det ett stort antal vårdplatser, intensivvårdsplatser och operationssalar tillgängliga, vilka är en mycket viktig del av den katastrofmedicinska beredskapen. Den prehospitala akutsjukvården i Region Stockholm disponerar ett flertal olika typer av fordon för att kunna ge vård utanför vårdenhet och för att utföra sjuktransporter till och mellan olika vårdenheter. Alla typer av prehospitala resurser som används i vardagen, kan även användas i samband med en särskild händelse. Resurserna beskrivs närmare i riktlinje prehospital vård.

Närsjukvårdens enheter, exempelvis närakuter, husläkarmottagningar, ASiH-enheter, psykiatri och geriatrik, utgör en viktig resurs för omhändertagande av drabbade både i den akuta fasen och i det långsiktiga perspektivet. Varje akutsjukhus i Region Stockholm organiserar grupp psykologisk och psykiatrisk katastrofledningsorganisation (PKL) för ledning av katastrofpsykologiska insatser och en krisstödsgrupp för psykologiskt krisstöd till drabbade, anhöriga, närstående och till viss personal. I samband med en särskild händelse kan det även bli aktuellt att skicka ut krisstödsresurser till andra platser, exempelvis Arlanda eller Bromma flygplats, för att samverka med berörd kommuns POSOM-grupp (grupp för psykiskt och socialt omhändertagande) och med Swedavias krisorganisation.

Gränssättande faktorer inom hälso- och sjukvården i Region Stockholm

Det är svårt att i förväg kunna förutse vilka begränsande faktorer som kan hindra sjukvården från att ge alla drabbade en god vård med bibehållen medicinsk kvalitet, vid särskilda händelser. Händelsens svårighetsgrad och karaktär är av avgörande betydelse, liksom när på dygnet och var i länet händelsen inträffar. Det ställs därför höga krav på ett flexibelt resursutnyttjande. Vidare krävs ett ledningssystem som skapar förutsättningar för en effektiv sjukvårdsledning (SOSFS 2013:22).

Lagstiftning, föreskrifter och allmänna råd

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

- Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30).
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap (SOSFS 2013:22).
- HSLF-FS 2020:60 Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.
- Lag (2008:552) om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands.
- Lag om ändring i lagen (2008:552) om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands SFS 2019:932.
- Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna (SOSFS 2009:10) om ambulanssjukvård m.m.
- Smittskyddslagen (2004:168) som reglerar smittskyddsläkarens ansvar för länets smittskydd och epidemiberedskap.

Bestämmelser om regionens 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 regionens ansvar vid extraordinära händelser.
- Lagen (1992:1403) om totalförsvar och höjd beredskap.
- Lagen (1988:97) om förfarandet hos kommunerna, förvaltningsmyndigheterna och domstolarna under krig, krigsfara med mera.

- Lag (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.
- Lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt.
- Lag om ändring i lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt SFS 2020:1274.

LSO
Lag om skydd mot olyckor (2003:778) beskrivs ansvaret för samhällets räddningstjänst som delas av staten och kommunerna. Lag om ändring i lagen (2003:778) om skydd mot olyckor SFS 2020:882

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

Samverkande myndigheter och organisationer

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

Kommuner
I Stockholms län finns det 26 kommuner där regionen samverkar före, under och efter en händelse. Samverkan kan exempelvis gälla krisstöd, evenemang, förbrukningsmaterial eller samordnad kommunikation. Kommunerna deltar i Samverkan Stockholmsregionen.

Kommunal räddningstjänst
Kommunerna har ansvaret för den kommunala räddningstjänsten. Med räddningstjänst avses räddningsinsatser vid olyckor och överhängande fara för olyckor för att hindra och begränsa skador på människor, egendom eller miljön. Information om räddningstjänstens uppgifter i ett skadeområde finns i riktlinje prehospital vård. Räddningstjänst har specialresurser för hantering av kemiska, biologiska, radiologiska och nukleära (CBRN) händelser.

Polisen

Polismyndigheten leds av en rikspolischef, utsedd av regeringen. Polismyndigheten ska tillsammans med övriga myndigheter inom och utom rättsväsendet bidra till att minska brottsligheten och öka människors trygghet. Till Polismyndighetens uppgifter hör bland annat att förebygga, förhindra och upptäcka brottslig verksamhet, övervaka den allmänna ordningen och säkerheten och ingripa när störningar har inträffat, utreda och beivra brott, ge allmänheten skydd, lämna upplysningar och annan hjälp. Mer information om polisens uppgifter i ett skadeområde finns i riktlinje prehospital vård.

SOS Alarm
SOS Alarm Sverige AB ägs av staten (50 %) och Sveriges kommuner och regioner, SKR (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 eller enheter. På uppdrag av Region Stockholm utför SOS Alarm Prioriterings- och Dirigeringstjänsten i Region Stockholm (PoD). I tjänsten ingår en operativ koordinator (OPK) som exempelvis upprätthåller larmväg till TiB. PoD:s uppdrag beskrivs i Krisberedskapsplan och regional katastrofmedicinsk beredskapsplan.

Sjö- och flygräddningstjänst
Sjöfartsverket ansvarar för sjö- och flygräddningstjänst i Sverige. Sjö- och flygräddningsinsatser leds från sjö- och flygräddningscentralen Joint Rescue Coordination Centre (JRCC), som är lokaliserad i Göteborg.
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 vid behov kan ingå. 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 sjöräddnings-insatser.

Swedavia
Swedavia äger och driver 10 flygplatser i Sverige. I Stockholms län driver Swedavia flygplatserna Stockholm Arlanda Airport och Bromma Stockholm Airport. Inom Swedavias organisation finns räddningsresurser, transport-fordon med mera. Om olycka inträffar inom flygplatsområdet kan Swedavia i samråd med andra myndigheter samordna presskonferenser samt tillhandahålla lokaler för krisstöd. Swedavias krisorganisation samverkar med PKL och kommunens grupp för psykiskt och socialt omhändertagande (POSOM). Det finns en särskild plan framtagen för psykologiskt och socialt stöd på flygplatserna. Utsedda representanter för flygplatsorganisationen kan vid en särskild händelse inom flygplatsområdet bistå räddnings-organisationerna med specialistkunskap.

Vid särskild händelse på Stockholm Arlanda Airport ska ett trepartssamtal äga rum mellan Tjänsteman i Beredskap (TiB) Region Stockholm, Airport Operations Centre (APOC) Supervisor eller jourhavande flygplatsdirektör på Arlanda samt TiB Sigtuna kommun.

Vid händelse på Stockholm Bromma Airport ska motsvarande trepartssamtal äga rum mellan TiB Region Stockholm, (APOC) Supervisor eller jourhavande flygplatsdirektör på Bromma samt TiB Stockholms stad.

Länsstyrelsen
Länsstyrelsen har ett regionalt geografiskt *områdesansvar* i krishanteringssystemet vilket innebär bland annat att:

- vara en länk mellan lokala och regionala aktörer och den nationella nivån
- ta initiativ till samverkan för att uppnå en god krishanterings-förmåga i länet
- utveckla regionala risk- och sårbarhetsanalyser

- förmedla lägesinformation till Myndigheten för samhällsskydd och beredskap vid särskild 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. Vid höjd beredskap och krig leds och samordnas all civil verksamhet av Länsstyrelsen. Länsstyrelsen är högsta civila totalförsvarsmyndighet i länet och ska leda och samordna uppbyggnaden av det civila försvaret, samt samordna arbetet med Försvarsmakten, utifrån de inriktningar som finns på nationell nivå.

Samverkan Stockholmsregionen
I Stockholms län finns den aktörsgemensamma samverkansorganisationen Samverkan Stockholmsregionen (SSR). SSR verkar i ordinarieläge med verkställande, samordnande, chefsgrupp och regionalt råd. Vid en särskild händelse kan organisationens aktörer vid behov kontakta Länsstyrelsens TiB och aktivera en samverkanskonferens där aktörer delar lägesbild, samverkansbehov och behov av resurser. Aktiveringen kallas i vardagstal för att ”trycka på den gröna knappen”. Vid behov kan även en regional samverkansstab aktiveras. För hälso- och sjukvården inom Region Stockholm är det TiB som är funktionen som” trycker på den gröna knappen”. Vid en pågående händelse som kräver fortlöpande samverkan, kallas detta för aktiverat läge. Region Stockholm deltar på inriktande, samordnande och verkställande nivå i ett aktiverat läge. Inom SSR finns olika temagrupper, exempelvis krisstöd och övning.

Försvarsmakten
Försvarsmakten skyddar Sverige och försvarar landets frihet. Uppdraget innehåller bland annat att vara tillgängliga för att snabbt kunna inta höjd beredskap, förebygga och hantera konflikter och krig, försvara Sverige mot väpnat angrepp och att avvisa kränkningar av svenskt territorium. Försvarsmakten kan även bistå övriga myndigheter vid behov och ge stöd till det civila samhället. Stödet kan bestå av personella och materiella resurser samt specialistresurser till exempel kemiska, biologiska,

radioaktiva, nukleära och explosiva ämnen (CBRNE). Förfrågan om stöd från Försvarsmakten görs av TiB eller Regional särskild sjukvårdsledning (RSSL).

Regional ledning och organisation

I Krisberedskapsplan och regional katastrofmedicinsk beredskapsplan beskrivs larmplan samt ledning och organisation på nationell, regional och lokal nivå.

De olika stabsfunktionernas ansvar och uppdrag beskrivs närmare i Regions Stockholms stabsinstruktion för RSSL.

Exempel på åtgärder är:

- Planera för fördelning av patienter, inklusive fördelning av patienter vid kemisk olycka eller olycka med joniserande strålning.
- Informera transfusionsmedicin vid händelser utifrån transfusionsmedicins larmkriterier.
- Planera för stabil och klimatanpassad tillgång till nödvändiga läkemedel, medicintekniska hjälpmedel och övriga produkter.
- Planera för psykologiskt och socialt krisstöd av direkt och indirekt drabbade samt akuta stödåtgärder för särskilt drabbad personal.
- Säkerställ behov av stöd till medarbetare och chefer som vid en kris kan eskaleras.
- Stab personalförsörjning som beaktar behovet att kunna kalla in extrapersonal vid särskilda händelser, långvariga insatser och epidemier.
- Stab planera för service och försörjning (mat, materiel, med mera)
- Information inom egen organisation, till närstående, allmänhet och media.
- Samverkansplan, exempel
    - Hur RSSL samverkar med akutsjukhus, övriga vårdgivare och andra aktörer inom och utom regionen
    - Smittskyddsläkare
    - Regional krisledning (RKL)
    - SSR
    - Länsstyrelsen
    - Andra berörda regioner
    - Socialstyrelsen
- Vid intern särskild händelse:
    - Larmplan

- Åtgärdslistor för berörda funktioner
- Evakueringsplan

Kriskommunikation

Förståelse för hur människor uppfattar och agerar vid en särskild händelse kan vara avgörande för att uppnå effekt med hanteringen i den aktuella situationen. Kriskommunikation ingår därför som en integrerad del i särskild sjukvårdsledning i Region Stockholm, både för att bidra med berördas perspektiv i hanteringen och för att stödja arbetet med att skapa tydlighet och ge vägledning till berörda, i en ibland oklar och komplex situation. Kommunikationsperspektivet ska också vägas in i katastrofmedicinsk beredskapsplanering. Se även Region Stockholms kriskommunikationsplan.

Mål med kriskommunikation i Region Stockholm
Kommunikationsarbetet vid särskilda händelser ska bidra till att uppnå de mål som sätts för hanteringen i den aktuella situationen. Övergripande är målen med kriskommunikation i Region Stockholm att:

- minska risken för och konsekvenserna av en särskild händelse
- vägleda invånare, resenärer, patienter, medarbetare med flera till rätt beteende utifrån den särskilda händelsens utveckling.
- högt förtroende för att Region Stockholm hanterar den särskilda händelsen på ett ansvarsfullt och effektivt sätt

Förtroende för Region Stockholms agerande och rekommendationer är en förutsättning för att händelsen ska kunna hanteras effektivt

Kommunikatör i beredskap (KiB) på regional nivå
För att ett kriskommunikationsarbete ska kunna inledas tidigt, vid behov så snart en särskild händelse befaras, finns på regional nivå funktionen KiB i tjänst dygnet runt, året runt. Funktionen omvärldsbevakar och har vid behov löpande kontakt med Tjänsteman i Beredskap (TiB).

Aktivering av kommunikationsfunktionen på regional nivå
Vid höjt beredskapsläge för Regional särskild sjukvårdsledning (RSSL) blir KiB aktiverad av TiB, alternativt chef för RSSL. KiB blir därmed en del av RSSL och utgör kommunikationsfunktion i arbetet, med strategiskt och operativt ansvar för kriskommunikationen. Beroende av händelsens komplexitet och konsekvenser kan kommunikationsfunktionen utökas med fler personer.

Kommunikationsperspektivet i arbetet inom RSSL
I syfte att samtliga relevanta aspekter ska beaktas i hanteringen vägs kommunikationsperspektivet alltid in, i bedömningen av situationen nu och framåt samt i formulering av inriktning och i strategiska beslut. Kommunikationsperspektivet är av samma anledning en del i lägesbild och andra relevanta beslutsunderlag.

Utifrån resultatet av detta integrerade arbetssätt vidtar kommunikationsfunktionen vid behov kommunikationsåtgärder som driver mot de gemensamma målen för arbetet i RSSL. Arbetet i kommunikationsfunktionen anpassas till gällande beredskapsläge.

Exempel på viktiga ansvarsområden för kommunikationsfunktionen är därmed att:

- omvärldsbevaka och bidra med medie- och opinionsläge samt identifierade kommunikationsbehov
- delta med kommunikationsperspektivet i analys-, inriktnings-, beslutsfattande och åtgärdsarbete
- producera budskap och kommunikationsstrategi, för att stödja formulerad inriktning
- planera, genomföra och följa upp kommunikationsåtgärder, inklusive kommunikativt stöd till talespersoner
- säkerställa att samtliga målgrupper kan ta del av informationen, utifrån förutsättningar och behov, till exempel översättningar och teckenspråkstolk
- samverka med kommunikationsfunktioner hos berörda vårdgivare och andra verksamheter internt i regionen och externt med berörda aktörer
- vid behov utgöra kommunikativt stöd för sjukvårdsledare och medicinsk ansvarig vid särskild händelse på skadeplats.

Beslutsfattaren tillsammans med Stabschefen ansvarar för bemanning av kriskommunikationsfunktionen i RSSL utifrån händelse. Den externa kommunikationen sker i ordinarie kanaler, det vill säga via media, regionens externa webbplatser och sociala medier. Den interna kommunikationen sker i ordinarie kanaler som intranät och genom utskick till kommunikationsansvariga, chefläkare, förvaltnings- och bolagschefer med flera.

Psykologiskt och socialt krisstöd

Det psykologiska och sociala krisstödet är en betydelsefull del av det katastrofmedicinska arbetet i samband med särskilda händelser. Krisstödet innefattar medmänskligt, psykologiskt, psykiatriskt, socialt, existentiellt och praktiskt stöd samt information och bedömning av individuella och gruppmässiga behov. Även proaktiv uppföljning och utifrån behov länkning till förlängt krisstöd, vårdkontakt och behandling ingår i krisstödsarbetet.

Psykologisk och psykiatrisk katastrofledningsorganisation (PKL)
I ett akut skede organiseras kvalificerat psykologiskt krisstöd på akutsjukhusen genom att öppna särskilda krisstödsmottagningar och eller krisstödstelefonlinjer. Stödet kan även erbjudas i en lugn miljö i en annan utsedd lokal. Efter beslut av TiB eller RSSL kan PKL även förflyttas till platser utanför sjukhuset som exempelvis Arlanda flygplats. PKL ska verka i den akuta fasen (en till sju dagar). Forskning visar att tidiga krisstödsinsatser minskar lidandet och risken för att utveckla psykisk och fysisk ohälsa inklusive funktionsnedsättning i efterförloppet. Det skapar även bättre förutsättningar för återhämtning och att den drabbade snabbare kan återgå till en fungerande vardag. Både direkt och indirekt drabbade ska erbjudas krisstöd. Med direkt drabbade menas exempelvis fysiskt skadade eller oskadade som är direkt exponerade för händelsen. Till indirekt drabbade räknas exempelvis närstående, sjukvårdspersonal och allmänheten. All personal som deltagit i räddningsinsatser ska erbjudas ett professionellt stöd i återhämtning och hantering av sina upplevelser av sin arbetsgivare. PKL-gruppen kan även vid behov bistå med psykologiskt krisstöd till involverad hälso- och sjukvårdspersonal, under förutsättning att PKL är aktiverat. Efter en särskild händelse ansvarar PKL-gruppen för att krisstödjarna inom PKL-organisationen följs upp och erbjuds möjlighet till hemgångssamtal och avlastande samtal.

SLSO:s krisstödscenterorganisation (KSC)
För att säkerställa att drabbade personer får adekvat uppföljning efter den akuta krisstödsinsatsen finns en strukturerad krisstödscenterorganisation etablerad inom SLSO, bestående av sex ”krisstödscenter” (KSC). KSC ska vid behov kunna ta över efter den akuta insatsen och ta emot drabbade och närstående som PKL behöver länka vidare. SLSO:s LSSL eller ledningsgrupp aktiverar och deaktiverar KSC.

Regionalt kunskapscentrum kris- och katastrofpsykologi, (RKK)
RKK ansvarar för samordning, ledning, utveckling, övning och utbildning av PKL-organisationen på uppdrag av Enheten för katastrofmedicinsk

beredskap. RKK har även i uppgift att förvalta KSC genom utbildning, övning och utveckling. RKK fungerar även som regionens expertstöd i katastrofpsykologiska frågor. När RSSL är aktiverat tjänstgör personalen på RKK i rollen som regional PKL-ledare, i funktion S10 i RSSL. Regional PKL-ledare aktiverar och leder PKL-grupperna efter beslut av TiB eller beslutsfattare i RSSL. RKK:s uppdrag består både av operativt krisstödsarbete genom PKL såväl som strategiskt katastrofpsykologiskt arbete för hela insatsen.

Evenemang och kommande händelser

Den offentliga sjukvården har ingen skyldighet att vara närvarande på större evenemang, men enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), ska respektive region erbjuda akut hälso- och sjukvård till alla som vistas inom regionens område. Regionen har enligt lag skyldighet att planera sin hälso- och sjukvård, så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls inom regionens gränser. För större evenemang och kommande händelser kan regionens katastrofmedicinska beredskapsorganisation behöva knytas till evenemanget för att den bättre ska kunna avgöra om evenemanget påverkar regionen och behöver organiseras på särskilt sätt.

Ledning och samverkan
Samverkan är nödvändig för effektiv ledning och samordning av sjukvårds- och räddningsinsatser. Denna bör ske både i planeringsstadiet och under insats. Hälso- och sjukvården bör främst samverka med polis, kommunal och statlig räddningstjänst, larmcentraler, arrangör samt vid behov angränsande regioner. Planeringsfasen bör bland annat omfatta planläggning och riskbedömning.

Det är viktigt att arrangören kontaktar och upprätthåller en god dialog med regionens katastrofmedicinska beredskapsorganisation, såväl under planering som under utvärdering. Arrangörens sjukvårdsorganisation dimensioneras efter hur mycket folk som väntas besöka evenemanget. Regionens bedömning utgår bland annat från detta, om skyddsvärda personer bedöms besöka evenemanget samt om det föreligger annat som kan utgöra ett hot eller risker mot evenemanget.

Regionen kan efter bedömning av evenemanget välja att utse en mottagande vårdverksamhet, exempelvis Närakut samt avdela en prehospital sjukvårdsledning bestående av en sjukvårdsledare och en medicinskt ansvarig till evenemanget samt ambulansresurser för att öka beredskapen i området. Dessa enheter förfogar regionen över, vilket innebär att de ibland bara kan vara där vissa tider eller prioriteras till andra uppdrag. Vid händelse med flera svårt skadade och då evenemanget inte tilldelats någon prehospital ledningsresurs i förväg ska prehospital sjukvårdsledning tilldelas. Sjukvårdsledningen har till uppgift att leda och fördela arbetet med tillkommande enheter, samverka med evenemangets säkerhetsorganisation och andra blåljusaktörer och står i direkt kontakt med regionens TiB. TiB kan även behöva samverka med 1177 på telefon gällande vårdbehov i evenemangsområdet.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Patientsäkerhet och beredskap
Enheten för katastrofmedicinsk beredskap, EKMB

REGIONALA
KATASTROFMEDICINSKA
RIKTLINJER PREHOSPITAL VÅRD

Regionala katastrofmedicinska riktlinjer prehospital vård

Innehåll

Prehospital sjukvård....2
Prehospitala resurser i Region Stockholm....2
Organisation i ett skadeområde....8
Behandlingsprinciper i skadeområde....10
Rutin för arbete på uppsamlingsplats....15
Sambandsorganisation i ett skadeområde....17
Psykologisk krisstödsbedömning i skadeområdet....19
Händelser med farliga ämnen....20

Revisionshistorik

Version	Datum	Förändring jämfört med senaste utgåva
1.0	2022-09-16	

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Beslutad av HSN oktober 2022
Gäller tills vidare
Diarienummer: HSN 2022–0910

Prehospital sjukvård

Alla vårdgivare i den prehospitala vården i Region Stockholm ska upprätta rutiner och instruktioner för sin katastrofmedicinska beredskap. Dessa rutiner och instruktioner ska utgå från Krisberedskapsplan och Regional katastrofmedicinsk beredskapsplan för Region Stockholm.

Prehospitala resurser i Region Stockholm

Region Stockholm har ett stort antal prehospitala resurser som alla är en viktig del av den katastrofmedicinska beredskapen. Vård- eller övervakningsbehovet är den viktigaste parametern vid val av resurs. Utmaningen vid en särskild händelse är att prioritera rätt i förhållande till det tillgängliga antalet enheter och typen av enhet och kompetens.

- Ambulanser är bemannade med lägst en ambulanssjukvårdare och en specialistutbildad sjuksköterska. Dessa kan verka på samtliga platser inom ett skadeområde och avtransportera alla typer av patienter.
- Transportambulanserna är bemannade med lägst en ambulanssjukvårdare och en sjuksköterska. Denna enhet utför i vardagen transporter mellan vårdenheter och bör därför primärt nyttjas till att avtransportera patienter som inte är kritiskt skadade.
- Ambulanshelikoptrarna är bemannade med pilot, anestesisjuksköterska och ambulanssjukvårdare. Vid behov kan läkare från akutläkarbilen medfölja. Helikopter är av särskilt värde i otillgänglig terräng och i skärgården. Helikoptern möjliggör att snabbt få ut medicinsk kompetens och utrustning till ett skadeområde samt snabb avtransport till rätt vårdnivå.
- Akutläkarbilarna är bemannade med en anestesisjuksköterska och en akutläkare eller en ambulanssjuksköterska och en anestesiläkare. I skadeområdet vid en händelse arbetar läkaren i nära samarbete med personal från ledningsenhet. Sjuksköterskan i akutläkarbilen arbetar i team med läkaren samt kan verka som vårdutförare på skadeplats alternativt på uppsamlingsplats. Akutläkaren kan arbeta på samtliga platser inom ett skadeområde och är ett stöd till den medicinskt ansvarige.
- Jourläkarbilarna är bemannade med en allmänläkare eller akutläkare och en ambulanssjukvårdare. Läkaren i jourläkarbil kan utföra vårdinsatser inom skadeområdet, framför allt avseende omhändertagande och prioritering av lindrigt skadade patienter på uppsamlingsplats för lätt skadade och oskadade. Ambulanssjukvårdaren i jourläkarbilen arbetar i team med läkaren.

- Sjuktransporterna är bemannade av två personal. Vissa sjuktransporter kan administrera syrgas under transporten och bemannas då av minst en undersköterska. Vid behov av förstärkning av transportresurser kan sjuktransportenhet dirigeras till en olycks- eller skadeområde för att stödja avtransporter av skadade.
- Intensivvårdsambulanserna (MICU) är bemannade med lägst en ambulanssjukvårdare och en sjuksköterska. MICU:s roll vid en särskild händelse är primärt att frigöra kapacitet på regionens intensivvårdsavdelningar. MICU bör som regel inte larmas till skadeområdet.
- Psykiatriambulanserna (PAM) är bemannade av tre personer. Bemanningen ska lägst utgöras av två specialistsjuksköterskor i psykiatri samt en erfaren ambulanssjukvårdare. Personalen på PAM är en värdefull resurs vid en särskild händelse, exempelvis på uppsamlingsplats för lätt skadade och oskadade eller anhörigcenter.

Alla prehospitala enheter kan användas vid en särskild händelse, även utanför sitt ordinarie användningsområde.

Ledningsenheter
I Region Stockholm finns dedikerade ledningsenheter som ska leda sjukvårdsinsatsen vid särskild händelse och är en viktig del av regionens katastrofmedicinska beredskap. Ledningsenheterna är den prehospitala vårdens ledningsresurs och samverkar med räddningstjänst och polis i skadeområdet. Ledningsenheterna bemannas med en medicinskt ansvarig och en sjukvårdsledare. Den personal som tjänstgör på dessa enheter är särskilt utbildad och förberedda för att bedriva sjukvårdsledning.

När ledningsenhet anländer, kan sjukvårdsledaren i ledningsenhet ta över ledningsansvaret, alternativt stödja befintlig sjukvårdsledning i skadeområdet om situationen tillåter det. Vid bekräftad särskild händelse ska ledningsenheten alltid överta ledningsansvaret när de kommer till ledningsplats.

Vid behov kan två ledningsenheter larmas till samma händelse, för att förstärka den prehospitala ledningsförmågan. Det kan dock aldrig finnas mer än en medicinskt ansvarig och en sjukvårdsledare.

Prioriterings- och dirigeringstjänsten
Prioriterings- och dirigeringstjänsten (PoD), svarar för prioritering och dirigering av alla prehospitala resurser såväl i den dagliga sjukvården som vid särskild händelse.

PoD bemannas av:
- operatörer, som tar emot 112-samtal och prioriterar vissa ärenden framför allt akuta olycks- och sjukdomsfall
- sjuksköterskor, som sköter intervju och prioritering av inkommande vårdsamtal där en fördjupad medicinsk intervju krävs
- undersköterskor, som besvarar och prioriterar inkommande samtal till vårdtransportbeställningen
- läkare - prehospital bakjour (PHB), som stöd och för att göra bedömningar i prioriterings- och dirigeringsarbetet samt som stöd och bedömningar till den prehospitala personalen i medicinska frågor
- ambulansdirigenter, som dirigerar länets prehospitala resurser.

Operativ koordinator
Region Stockholms Operativa koordinator för den prehospitala vården (OPK) är stationerad i anslutning till PoD. OPK ansvarar för att:
- koordinera och effektivisera användandet av Region Stockholms prehospitala resurser
- att bedöma resursläget - före, under och efter ett ansträngt läge
- larma TiB, enligt särskilt direktiv
- ha ett mycket nära samarbete med TiB Region Stockholm vid situationer och händelser som kräver beslut av TiB, behov av informationsutbyte samt vid misstänkt särskild händelse och då särskild sjukvårdsledning etableras
- förse TiB och Regional särskild sjukvårdsledning (RSSL) med operativa lägesbilder
- vid behov vara en del av RSSL.

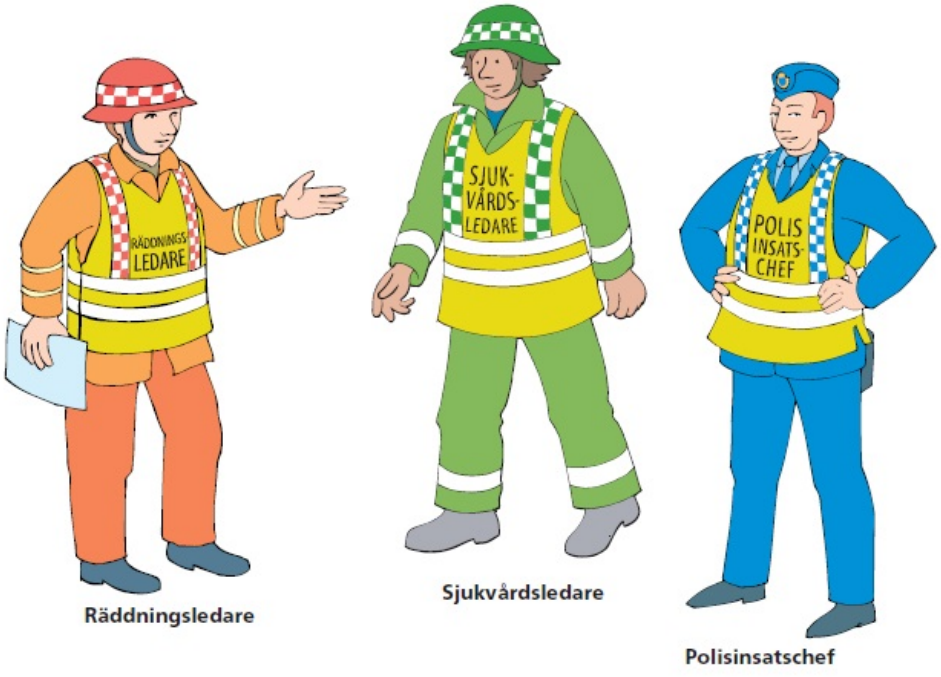
Vid särskild händelse utförs prioriterings- och dirigeringsarbetet utefter inriktningsbeslut och fördelningsnycklar framtagna av TiB eller RSSL. Prehospital bakjour medverkar till att de medicinska inriktningsbesluten från RSSL verkställs.

Prehospital bakjour
Inom PoD finns en specialistläkare dygnet runt, PHB. Denne har övergripande operativt medicinskt ansvar för den prehospitala vården. PHB kan kontaktas vid behov av stöd i frågor kring tillämpning av de medicinska

riktlinjerna samt för beslut i medicinska ställningstaganden, avseende enskilda patientfall, där riktlinjer, beslutsstöd, eller rutiner inte ger tillräckligt stöd. I övrigt sker ett aktivt samarbete mellan dirigeringen, sjuksköterska och PHB i handläggningen av vårdärenden.

Förstärkningsresurs Sjukvård
Region Stockholm har flera förstärkningsresurser för sjukvårdsutrustning. Resurserna innehåller kringutrustning bestående av lättviktsbårar, bårbockar, filtar, tält med värme och ljus, belysningsutrustning och annan utrustning för att använda i ett skadeområde, till exempel för att upprätta och vårda patienter på en uppsamlingsplats. Förstärkningsresurserna finns placerade hos räddningstjänsten, som ansvarar för att köra ut dessa till skadeområdet och sätta upp tält med mera. Förstärkningsresurs Sjukvård begärs av sjukvårdsledaren och skickas ut efter beslut av TiB Region Stockholm.

Ansvar och befogenheter i skadeområde



Räddningsledare | Sjukvårdsledare | Polisinsatschef

Initiativskyldighet
Lagstiftningen ger inget stöd för att någon av parterna har en övergripande beslutsrätt över andra organisationers arbete. 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 ska sjukvårdsledaren ta initiativ till en samverkan som leder fram till beslut om insatsens fortsatta inriktning.

Sjukvårdens ansvar i ett skadeområde är

- ledning av sjukvårdsinsats
- livräddande åtgärder
- bedömning av vårdbehovets art och omfattning såväl somatiskt som psykologiskt
- inventering, prioritering och bedömning av skadade
- säkrande av livsviktiga funktioner (fri luftväg, andning, cirkulation) före transport
- åtgärder för att minska risken för komplikationer och onödigt lidande under transport
- patienttransporter, såväl på väg som i väglös terräng
- regelbunden lägesrapportering
- kontinuerlig samverkan med räddningstjänst och polis i skadeområdet
- psykologiskt och socialt omhändertagande
- information till allmänhet och media om sjukvårdsinsatsen.

Kommunala räddningstjänstens ansvar i ett skadeområde är

- ledning av räddningsinsats
- första hjälpen – livräddande 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.

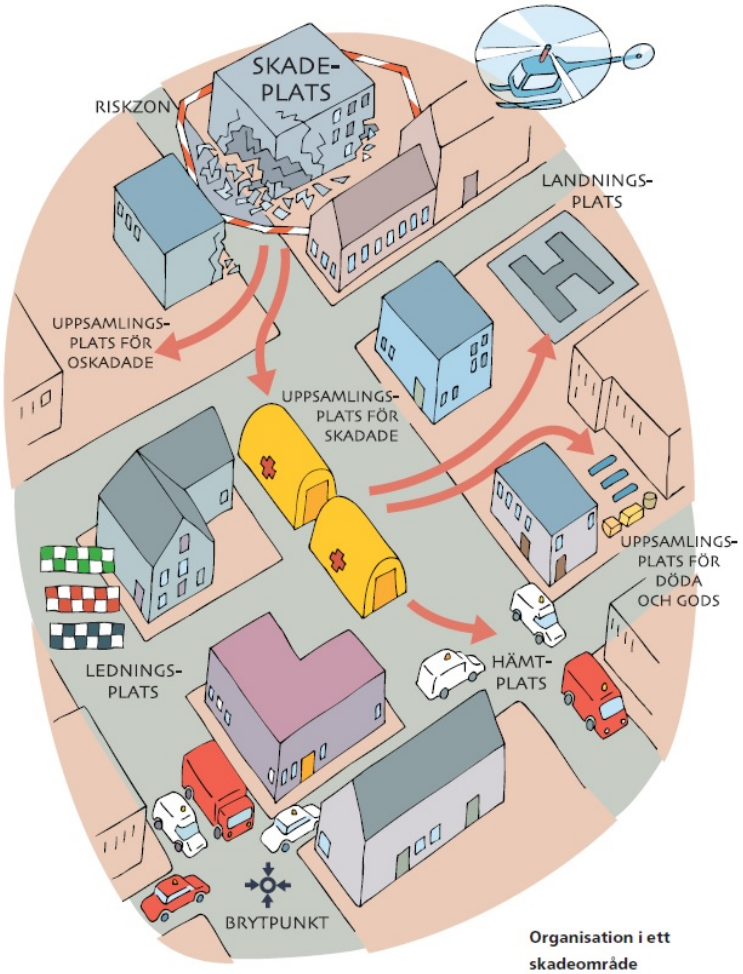
Polisens ansvar i ett skadeområde är

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

Polisen ansvarar för registrering av drabbade vid särskild händelse. Polisen har en gemensam rutin för katastrofregistrering, det så kallade katastrofregistret hos Nationella operativa avdelningen. Sjukvårdspersonal ska samarbeta med polisen och underlätta deras registreringsarbete såväl i skadeområdet som på akutsjukhus eller vårdcentral.

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

Organisation i ett skadeområde



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. Inom skadeområdet upprättas efter behov *uppsamlingsplatser* för skadade samt lättare skadade och oskadade. Avlidna ska ligga kvar på skadeplatsen tills polisen gett klartecken till att dessa kan flyttas. En *helikopterlandningsplats* utses vid behov. Den plats där skadade hämtas kallas *hämtplats*.

Sjukvårdsledare
Sjukvårdsledaren verkar på ledningsplatsen tillsammans med räddnings-ledare och polisens insatschef. Sjukvårdsledaren utmärker sig med hjälm

eller hjälmöverdrag med grönvitrutigt schackmönster samt väst med grönvitrutig markering och text *Sjukvårdsledare*.

Sjukvårdsledaren har följande ansvar:

- etablera prehospital sjukvårdsledning
- rapportera till PoD på ett standardiserat sätt (METHANE)
- samverka med räddningstjänsten, polisen och andra aktörer
- värdera säkerheten för hälso- och sjukvårdspersonalen
- samverka med medicinskt ansvarig för att säkerställa resursbehov, skadeutfall och informationsutbyte
- fatta inriktningsbeslut som tar hänsyn till säkerhet och annat som har framkommit i samverkan
- inventera sjukvårdsbehovet
- inventera de tillgängliga sjukvårdsresurserna och efterfråga förstärkning
- upprätta en sambandsstruktur för sjukvården internt och externt
- planera för sjukvårdsinsatsens uthållighet
- informera den egna organisationen, samverkande aktörer och massmedier om sjukvårdsinsatsen
- dokumentera tider och ledningsbeslut.

Medicinskt ansvarig

Den medicinskt ansvarige verkar på skadeplats och uppsamlingsplats och ska fatta medicinska beslut utifrån givna förutsättningar. Det kräver medicinsk kompetens och därför måste denna person vara som lägst specialistutbildad sjuksköterska. Medicinskt ansvarig bär helgrön hjälm eller hjälmöverdrag samt väst med grön markering och text *Medicinskt ansvarig*.

Medicinskt ansvarig har följande ansvar:

- initiera triage, prioritering och omhändertagande
- fatta medicinska inriktningsbeslut som tydliggör den medicinska ambitionsnivån samt de vårdåtgärder som ska prioriteras
- göra medicinska bedömningar
- förse sjukvårdsledaren med medicinskt underlag
- ta emot information från vårdutövare
- dokumentera tider för medicinska inriktningsbeslut
- vid behov organisera uppsamlingsplats för skadade
- inventera, initiera och förmedla behov av psykologiskt stöd (ABSS)
- ansvara för, och organisera funktionen Avtransport.

Stab
Prehospital sjukvårdsledning kan vid behov tillsätta en stab som eget ledningsstöd. Aktuella uppgifter i stabsrollen kan vara att stötta sjukvårdsledningen på ledningsplats eller medicinskt ansvarig i skadeområdet. Ofta får staben ansvar för exempelvis internkommunikation i sjukvårdens insatstalgrupp och dokumentation av sjukvårdsledningens beslut. Dessutom kan flera andra arbetsuppgifter ges vid behov. Staben bär en vit hjälm samt väst med grön markering och text *Stab sjukvård*.

Sektorledare
Sektorledaren arbetar på uppdrag i given sektor och håller ihop sjukvårdsarbetet i sektorn. Sektorledaren bär vit hjälm samt väst med grön markering och text *Sektorledare sjukvård*.

Avtransportledare
Avtransportledaren arbetar på uppdrag av medicinskt ansvarig och ansvarar för att en optimal avtransport sker. Avtransportledaren bär vit hjälm samt väst med grön markering och text *Avtransportledare*.

Övrig sjukvårdspersonal i skadeområde
Vårdutförare är sjukvårdspersonal som direkt hanterar drabbade och utför triage, behandling med mera. Vårdutförare följer i vårdarbetet Regionens medicinska behandlingsriktlinjer för prehospital vård. Läkare från den prehospitala vården kan ge tillfälliga ordinationer. Vårdutförare från den prehospitala vården arbetar utifrån direktiv och medicinska inriktnings-beslut från medicinskt ansvarig i prehospital sjukvårdsledning. Sjukvårds-ledaren verkställer fördelning av vårdutförare efter underlag från den medicinskt ansvarige.

Övrig sjukvårdspersonal i skadeområdet bär ordinarie markering enligt funktion, så som ambulanssjukvårdare, sjuksköterska och läkare.

Behandlingsprinciper i skadeområde

Triage vid särskild händelse
Vid en särskild händelse med många skadade kommer det initialt råda en obalans mellan skadade och tillgängliga resurser. Effektivt nyttjande eller omfördelning av resurser är en framgångsfaktor. Triagering i vardagen strävar efter att alla ska ges optimal vård, om än med olika tid till vård, men i en katastrofsituation är triage mer inriktad på att maximera överlevnaden och göra så stor nytta som möjligt för så många som möjligt.

Prioriterad uppgift är att identifiera de svårast skadade (rödkodade), åtgärda livshotande tillstånd och skapa en organisation för att snabbt avtransportera dessa till ett lämpligt sjukhus. Ordinarie riktlinjer för vård och behandling bör gälla under transport.

Triage på skadeplats
Triage innebär sortering av patienter utifrån allvarlighetsgraden av påverkan av skada. Allvarlig påverkan på syresättning, blodcirkulation och medvetande medför ökad risk för morbiditet och mortalitet. Fysiologisk triage bedömer skadans påverkan på kroppens fysiologi vilket innebär att vitalparametrar utgör grunden för sortering av patienterna inför eventuellt stabiliserande åtgärder och därefter inför avtransport till vårdinrättning.

Varv 1, få en översikt
Triage inleds med en sekundkort okulär bedömning per patient som syftar till att få en grov översikt av skadeläget och identifiera direkta livshotande tillstånd. Detta redovisas i vindruterapporten eller så snart det är möjligt.

Varv 2, livräddande åtgärder
Därefter görs ett andra varv där man med enkla åtgärder försöker undanröja direkta hot mot livsviktiga funktioner så som sidoläge och att stoppa katastrofala blödningar.

Varv 3, prioritering
Under det tredje varvet utförs sållningstriage baserat på rörlighet och ABC och först här färgmarkeras patienten. Fokus är inledningsvis att identifiera de mest kritiska, röda, patienterna. Efter varv 3 så kan en verifieringsrapport ges varvid samtidig information om hur stor del av skadeplatsen som är genomgången och genomsökt.

Triage på uppsamlingsplats
Sållningstriage utförs på skadeplats i syfte att snabbt kunna identifiera personer med behov av ett snabbt insättande av medicinsk behandling. Den ger samtidigt en möjlighet till beslut om att organisatoriskt fördela involverade personer till olika platser utifrån vårdbehovet (uppsamlingsplats för skadade respektive uppsamlingsplats för lätt skadade och oskadade).

Sorteringstriage (som innefattar andningsfrekvens, blodtryck och medvetandegrad enligt GCS) görs på uppsamlingsplats efter nödvändiga åtgärder som utförts i syfte att stabilisera syresättning och cirkulation.

På uppsamlingsplatsen bör prehospital läkare ansvara för behandling och prioritering inför avtransport. Här väger klinisk erfarenhet in och hänsyn tas till exempelvis kinematik, hypotermi, brännskada, farliga ämnen, ålder, graviditet med mera.

Prio 3 Grön
Det är viktigt att särskilja gående med sjukvårdsbehov och oskadade. Om samtliga gående personer vid en skadehändelse rapporteras som ”Gröna” till PoD och TiB blir detta missvisande för de mottagande sjukhusens förberedelser. Samtliga gröna ska alltså undersökas och bedömas av hälso- och sjukvårdspersonal för att separera ”walking wounded” från oskadade. Om skada, med hög sannolikhet, ej bedöms föreligga betecknas personen som oskadad och ska ej markeras med grön prioritet.

Expektans och livlös
Drabbade i kategorin Expectant och Livlös representerar tydligast hur katastrofmedicinska principer skiljer sig från vardagssjukvård. Här finns skadade som fortfarande lever men vilkas behandling äventyrar överlevnaden för flera andra. Patienter som bedöms så skadade att de inte förväntas överleva trots bästa vård får prioritet 4 blå. 4 blå kan användas vid en masskadehändelse där förhållande mellan tillgängliga resurser och vårdbehovet är i stor obalans. Beslut om att tilldela en patient triageringsgrad 4 blå fattas enbart på uppsamlingsplats för skadade och då enbart i de fall då patienten bedöms ha minimal möjlighet till överlevnad. Beslutet bör om möjligt fattas av läkare med prehospital erfarenhet i samråd med medicinskt ansvarig. Vid minsta tveksamhet huruvida patienten ska klassificeras som livlös eller expektans ska patienten triageras som prio 1.

Patienten som triageras till 4 blå (expektans) enligt SmartTag bör, om möjligt, ha vårdpersonal vid sin sida och få palliativ behandling. Patienten ska kontinuerligt reevalueras och om resurssituationen tillåter triageras om till prio 1.



Märkning av patient

I samband med det tredje varvet på skadeplats utförs sållningstriage och patienten prioritetsmarkeras. Patienterna markeras med reflexband med aktuell färgkod, som fästs väl synligt runt lämplig extremitet. Om medicinska åtgärder vidtas på skadeplats måste detta dokumenteras och patienten markeras med SMART Tag™. Gående personer som själva tar sig till en uppsamlingsplats för oskadade och lätt skadade markeras i samband med att sorteringstriaget utförs. Personer som initialt är gående kan vid sorteringstriage visa sig vara både gula och röda. På uppsamlingsplats kompletteras triagemärkningen med en SMART Tag™ om detta inte redan är gjort på skadeplatsen.

Dokumentation

I en masskadesituation kan kravet på journalföring komma att anpassas för att kunna frigöra resurser till livräddande åtgärder. I den prehospitala vården ska SMART Tag™ användas för att prioritetsmarkera en skadad och för att dokumentera genomförd triage och åtgärder. Information som är viktig att dokumentera är exempelvis

- skademekanism och typskada
- tid för händelsen
- behandling och åtgärd på skadeplats och i ambulans
- vitalparametrar och tidpunkt för kontroll
- triagefärg.

Dokumentationen på SMART Tag™ kan vid en särskild händelse utgöra den enda dokumentationen och kortet följer patienten genom hela vårdprocessen. Att inte föra patientjournal under ambulanstransport är ett regionalt inriktningsbeslut för att på snabbaste sätt lämna patienten på akutmottagningen och återgå till skadeområde för att hämta ännu en skadad. Detta beslut får dock inte innebära att vital information om patientens tillstånd eller behandling går förlorad. Om ambulanspersonalen har möjlighet att, under färd, dokumentera i ordinarie ambulansjournal är detta att föredra men får inte ske på bekostnad av behandling och livräddande åtgärder.

Under transport

Stor olycka, ej särskild händelse

En initial fysiologisk triagering utförs alltid då antalet drabbade överskrider antalet tillgängliga resurser. Om händelsen inte behöver ledas och organiseras på ett särskilt sätt ska ordinarie rutiner följas och patienten bedömas enligt Rapid emergency triage and treatment system (RETTS) innan eller under färd. RETTS är ett beslutsstöd för prioritering inom akutsjukvård på sjukhus och prehospitalt. I RETTS ingår patientens vitalparametrar samt Emergency Symtoms and Signs (ESS). Utifrån detta tilldelas patienten en grön, gul, orange eller röd färgkod. Färgkoden används i sin tur för att avgöra vilken prioritet som ärendet får in till sjukhus.

Särskild händelse

När fysiologisk triage används vid en särskild händelse gäller triagemetoden hela vägen in till akutmottagning. Patienterna kommer fördelas mellan sjukhusen utifrån en fördelningsnyckel som är baserad på det antal röda, gula och gröna patienter respektive sjukhus kan ta emot. När fördelningsnyckel gäller ska patienten inte triageras enligt RETTS i ambulansen på grund av att det skulle försvåra överblicken över hur enskilda sjukhus belastas av inkommande patientkategorier från skadeområdet.

Detta innebär inte någon inskränkning i den medicinska ambitionsnivån då de medicinska riktlinjerna avseende prehospital undersökning och behandling ska följas. Under färd ska patienten monitorieras och kontinuerligt reevalueras. Om patientens prioritet ändras ska detta dokumenteras. En patient som försämras och går från grön eller gul till röd

ska förvarnas till mottagande sjukhus. Vid längre transporttid kontaktas OPK för bedömning om patienten ska transporteras till annat sjukhus.

Rutin för arbete på uppsamlingsplats

Den plats där olycka eller annan händelse med skadeutfall inträffat kallas skadeplats. Prioriterad uppgift på skadeplatsen är att identifiera de svårast skadade (rödkodade), åtgärda livshotande tillstånd och skapa en organisation för att snabbt avtransportera dessa till ett lämpligt sjukhus. Vid mycket god tillgång på transportresurser, utrustning och personal kan inriktningsbeslutet vara att avtransportera de skadade direkt från skadeområdet till vårdenhet. Vid brist på tillgängliga resurser upprättas uppsamlingsplats, för att kunna ge vård i väntan på att avtransport kan ske.

Ett inriktningsbeslut om att upprätta en uppsamlingsplats för skadade är ett organisatoriskt beslut och fattas av sjukvårdsledaren. Sjukvårdsledaren fattar detta beslut utifrån medicinskt ansvarigs bedömning.

Struktur för uppsamlingsplats

Uppsamlingsplats för skadade organiseras av sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig i samverkan med räddningstjänsten. Syftet med uppsamlingsplatsen är dels att samla de skadade på en tillräckligt säker plats som även ger skydd mot väder och vind. Att samla de skadade på en uppsamlingsplats skapar också förutsättningar för ett mera strukturerat arbete och överblick.

Uppsamlingsplats bör organiseras så att de skadade delas upp utifrån vilken triagekategori de tillhör En lätt skadad har andra behov än en patient med livshotande skador och därför kan man behöva upprätta två olika uppsamlingsplatser:

- uppsamlingsplats för skadade
- uppsamlingsplats för lätt skadade och oskadade.

Uppsamlingsplats för skadade

För att arbetet på uppsamlingsplatsen för skadade ska vara effektivt och välfungerande, så bör arbetet organiseras i tre olika delar:

- förberedande del
- behandlande del
- avtransportterande del.

Uppsamlingsplatsen måste anpassas utifrån typ av händelse och byggnad men det är viktigt att möjliggöra ett flöde av de skadade genom och inom

platsen. Arbetet på uppsamlingsplatsen leds och organiseras av en sektorledare. Denna sektorledare rapporterar till medicinskt ansvarig.

I den förberedande delen förbereds patienten inför behandling och en kommande avtransport. I den förberedande delen arbetar företrädelsevis ambulanspersonal. Räddningstjänsten kan vara sjukvården behjälplig med lämpliga uppgifter och förflyttningar av patienter inom uppsamlingsplatsen samt handräckning till sjukvårdspersonalen.

I den behandlande delen genomförs akuta, mer avancerande, behandlingar. Den behandlande delen är uppsamlingsplatsens motsvarighet till akutrum och ska hållas tom när inga patienter behandlas där. Allt för att snabbt kunna vidta akuta behandlande åtgärder när behov uppstår. Efter att åtgärder utförts, så genomförs Sorteringstriage, vilken dokumenteras på prioriteringskortet SMART Tag®, som fästs väl synligt runt en extremitet. I den behandlande delen arbetar företrädelsevis akutläkare, anestesiläkare och specialistsjuksköterskor. Även andra kompetenser kan förekomma, framför allt för att assistera.

I den avtransporterande delen av uppsamlingsplatsen vårdas och övervakas patienter i väntan på avtransport. Här finns en Avtransportledare som har i uppdrag att avgöra i vilken ordning de olika patienterna ska avtransporteras till sjukhus. Avtransportledaren bör vara personal från ambulans med stöd av en erfaren specialistsjuksköterska eller akutläkare.

Polisen ansvarar för registrering av skadade och har lämpligen en personal vid den avtransporterande delen av uppsamlingsplatsen.

Uppsamlingsplats för oskadade och lätt skadade
Arbetet på uppsamlingsplatsen för oskadade och lätt skadade leds och organiseras av en Sektorledare. På uppsamlingsplats för oskadade och lätt skadade samlar man patienter som är till synes oskadade alternativt har lindriga skador med grön prioritet och som kan sitta eller gå. Personalen undersöker patienterna, genomför behandling vid behov och utför sorteringstriage efter behandling.

På uppsamlingsplats för oskadade och lätt skadade arbetar företrädelsevis läkare och ambulanssjukvårdare vid jourläkarbil och eller sjuksköterska och ambulanssjukvårdare från ambulans. Vid en långdragen insats kan även kommunens grupper för psykiskt och socialt omhändertagande vid stora olyckor och katastrofer (POSOM) arbeta här. Vid en långdragen insats kan

även resurser från kommun, regionen och frivilligorganisationer befinna sig på denna uppsamlingsplats för att ge psykologiskt och socialt omhändertagande vid stora olyckor och katastrofer.

Sambandsorganisation i ett skadeområde



För att säkerställa att information och beslut sprids på ett säkert sätt vid en särskild händelse finns en sambandsplan som alltid ska användas för sambandet mellan ledningsplatsen, skadeområdet samt PoD vid särskild händelse.

Sambandsplan vid särskild händelse

- Anvisad talgrupp är den talgrupp som PoD tilldelar för hela insatsen. Sjukvårdens resurser ska ha anvisade talgrupper med öppen passning inställd i Rakelterminalerna under hela insatsen, om inget annat sägs.
- 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 Rakelterminalen, ska ha anvisad talgrupp för samverkan, såsom Sthm RAPS-n, Sthm RAPS-8n/9n, Sthm Blå-n och SAR inställd *under framkörning* till hämtplatsen.

- Den handburna Rakelterminalen, ska ha anvisad talgrupp för sjukvårdsinsats inställd under *framkörning* till hämtplatsen och under sjukvårdsinsatsen.
- Vid *ankomst* till hämtplatsen ska anvisad talgrupp för sjukvårdsinsats vara inställd i de handburna Rakelterminalerna, om inget annat sägs.
- Sjukvårdsledare ska bevaka talgrupp för externa samverkan, exempel Sthm RAPS-n.

> *Ambulanssjukvården medverkar vid RAPS-/SAR-samverkan, samtidigt som*
> *internt skadeplats-samband sker på talgrupper för sjukvårdsinsats.*
> *Det är sjukvårdsledarens ansvar att bevaka och samverka på RAPS-talgruppen.*

Lokal Samverkan

- Intern samverkan för att effektivisera och säkerställa radiosambandet i en ledningsenhet rekommenderas att den externa enhetstalgruppen används för intern radiotrafik.
- Samverkan mellan ambulanspersonalen i en sektor rekommenderas ske i lokal talgrupp för sjukvårdsinsats, exempel 331 SjvIns-15. Radiotrafiken i en sektor bevakas inte av sjukvårdsledningen.
- Samverkan mellan sektorledare och sjukvårdsledning rekommenderas ske i lokal talgrupp för sjukvårdsledning, exempel 331 SjvLed-10.

Sambandsorganisation

- Telefonsamtal mellan olika funktioner ska i möjligaste mån undvikas.
- *En person* i respektive sektor (sektorledaren, stabspersonen eller avtransportledaren) kommunicerar i radio med ledningsplatsen. Detta sker i huvudsak i en lokal talgrupp för sjukvårdsledning.
- 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 anropas medicinskt ansvarig.
- Kommunikation mellan sjukvårdsledning, stab och TiB eller RSSL sker alltid via PoD.
- PoD ska kontaktas via individanrop i Rakel för anvisning, enligt fördelningsnyckel, till rätt akutsjukhus. Därefter sker förvarning

från ambulanssjukvården till berört akutsjukhus via individanrop i Rakel.

Personal i samtliga ambulanser, ambulanshelikoptrar och akutläkarbilar ska kunna påbörja prehospital sjukvårdsledning om de anländer som första enhet till ett skadeområde.

Psykologisk krisstödsbedömning 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 den prehospitala personalen kan ge.

Prehospital krisstödsbedömning i skadeområde

För att TiB eller Regional särskild sjukvårdsledning (RSSL) ska kunna fatta beslut om och planera för en krisstödsinsats, behöver en krisstödsbedömning göras i skadeområdet. Den prehospitala krisstödsbedömningen utgör en lägesbild över krisstödsbehoven i skadeområdet som blir underlag för planering av krisstödsinsatser under den akuta fasen efter händelsen. ”Prehospital krisstödsbedömning enligt ABSS” ska användas och ska finnas i samtliga ledningsenheter. Dessutom ska en bedömning avseende uppskattat totalt krisstödsbehov i skadeområdet göras; är det litet, måttligt eller stort. Bedömningen utförs av medicinskt ledningsansvarig alternativt person som denne har utsett eller efter förfrågan från TiB eller RSSL. Resultatet av bedömningen rapporteras sedan till TiB eller RSSL.

Personer som är involverade i en CBRNE-händelse bör särskilt beaktas då de har en högre prevalens för att utveckla efterföljande psykisk ohälsa. Därför är det viktigt att säkerställa att drabbade får adekvat psykologiskt krisstöd i akutskedet samt följs upp proaktivt. Det gäller särskilt personal som arbetat på skadeplats eller exponerats.

Händelser med farliga ämnen

Farliga ämnen benämns på fackspråk för CBRNE och står för kemiska (C), biologiska (B), radiologiska (R) nukleära (N) och explosiva (E) ämnen. En mer detaljerad beskrivning av regionens arbete med händelser med farliga ämnen finns i ”CBRN E-händelser Vägledning för Region Stockholm”.

Skadeplatsorganisation vid händelser med farliga ämnen

Personal som arbetar med att rädda, sanera och vårda patienter från en CBRNE händelse utsätter sig själva för en risk att exponeras. Det innebär att det krävs goda kunskaper i både att ta hand om patienter och drabbade samt i hur de ska skydda sig själva. Sjukvårdspersonal som kommer först fram till en händelse med farliga ämnen bör ställa sig frågorna:

- Vad är farligast just nu?
- Vad är viktigast just nu?
- Hur minskar vi faran?

Åtgärdskalendern ”Först på plats vid händelser med farliga ämnen CBRNE” är tänkt att fungera som en checklista och ett beslutsstöd för de som redan har grundläggande kunskap om arbete på skadeplats. Kalendern ska kunna användas från ett larm, på väg till skadeplatsen under de första 30 minuterna efter ankomst till skadeplatsen. Åtgärdskalendern ska finnas tillgänglig i alla ambulanser i Region Stockholm.

En olycksplats ska så snart som möjligt avgränsas och delas in i olika zoner enligt risken med att arbeta i dem. I den heta zonen arbetar primärt räddningstjänstens personal och viss specialutbildad polis, iförd särskild skyddsutrustning, medan vårdpersonalen tar hand om drabbade i den varma och kalla zonen. I övergången mellan zonerna upprättas uppsamlingsplatser för de personer som har exponerats för ämnet och därmed är kontaminerade. Behovet av sanering och valet av saneringsmetod beror på vilket ämne det gäller och vilka skador den kan ge, och även den medicinska behandlingen anpassas efter detta. Det är ett absolut krav att sjukvårdens personal är införstådd med och följer alla anvisningar om skyddsnivå och avspärrning. Oavsett vilka ämnen sjukvårdspersonalen riskerar att komma i kontakt med under insats och oavsett val av skyddsutrustning bör tiden i riskområdet alltid vara så kort som möjligt.

Prehospital sjukvårdsledning följer samma principer som vid andra typer av händelser. Vid en händelse med farliga ämnen kan ansvarsfördelningen se ut så här:

- Sjukvårdsledaren – samverkar med andra organisationer på plats, sprider information om händelsen, skyddsnivå och skyddsutrustning och samverkan vid evakueringsbedömningar samt fattar, i samråd med räddningsledare och polisinsatschef, inriktningsbeslut för insatsen.

- Medicinskt ansvarig – tar medicinska inriktningsbeslut och ger instruktioner för triagering, för eventuell personsanering och för behandling av kontaminerade personer före och efter sanering.

CBRNE-ledningsenheten
Region Stockholm har en specifik ledningsenhet med särskilt fokus på händelser med farliga ämnen. Denna enhet ska larmas till alla händelser med farliga ämnen eller där hot om sådant föreligger. Personalen på CRBNE-ledningsenheten har fördjupade kunskaper kring de specifika utmaningar och risker som föreligger vid en händelse med farliga ämnen. Enheten medför en del CBRNE-specifik utrustning så som skyddsutrustning, saneringshjälpmedel, mätutrustning och antidoter. Personalen kan inneha rollen som sjukvårdsledare respektive medicinskt ansvarig, alternativt som ett expertstöd i staben eller stöd för den operativa personalen vid exempelvis sanering.

Skyddsutrustning
I de flesta fall är prehospital personal väl skyddad med tätad klädsel och andningsskydd. Tätad klädsel innebär uniform med långärmad tröja, vinterjacka, eller goretexjacka, med uppfälld huva, larmbyxor, kängor, dubbla nitrilhandskar samt skyddsmask med filter.

All ambulanspersonal ska ha en egen, personligt utprovad skyddsmask som ska vara täthetskontrollerad. Prehospital personal kan utan förvarning hamna i en situation med farliga ämnen varför det är mycket viktigt att personalen alltid medför sin skyddsmask och har den lätt tillgänglig i fordonet. Larmställ, kängor, dubbla handskar och en huva som sluter tätt kring skyddsmasken är i regel tillräckligt för att omhänderta en patient. Beslutet om vilken skyddsnivå som ska gälla i respektive zon fattas av sjukvårdsledaren i samverkan med räddningstjänst och polis. I händelse av att sjukvårdspersonal behöver utföra livräddande personsanering eller fullständig personsanering i skadeområdet bör kemskyddsdräkt användas.

Skyddsutrustningen för prehospital personal, då tätad klädsel inte är tillräckligt, består av två delar, ett andningsskydd och ett kroppsskydd. Kroppsskyddet består av en skyddsdräkt som finns i samtliga ambulanser och akutläkarbilar samt på regionens akutsjukhus. Andningsskyddet och kroppsskyddet som används i Region Stockholm erbjuder ett mycket bra skydd mot farliga ämnen, förutsatt att det används på rätt sätt.

Sanering

Livräddande personsanering

En av de första och viktigaste åtgärderna vid en händelse med farliga ämnen är att avbryta exponeringen av ämnet. Rutiner för en snabb personsanering är en förutsättning för att uppnå effektiva och livräddande insatser i omhändertagandekedjan. Den livräddande personsaneringen utförs av räddningstjänstens personal i syfte att rädda liv. När livräddande sanering är utförd kan patienten vara tillräckligt ren för att kunna, lastas i ambulans utan att kontaminera fordonet eller ambulanspersonalen. Avgörande om så är fallet ligger på den medicinskt ansvarige. Om insatsen inte bedöms som livräddning hamnar ansvaret för avklädning, avspolning och inpackning på sjukvården. Rutiner för detta återfinns i ”CBRNE-händelser Vägledning för Region Stockholm”

Fullständig personsanering

Fullständig personsanering innebär att alla skadliga ämnen avlägsnas från en person. Saneringen utförs av sjukvården i saneringsenhet på sjukhuset eller av prehospital personal i skadeområdet.

Mobil saneringsenhet

I Region Stockholm finns en mobil saneringsenhet. Enheten är en nationell resurs som ska kunna användas vid insatser över hela landet. Anläggningen hanteras av räddningstjänsten men Regionens tjänsteman i beredskap kan begära ut den för sanering av tredje man. Räddningstjänsten kommer då, med 90 sekunders anspänningstid, köra ut anläggningen och sätta upp den. Tältet reses på några minuter och levererar tempererat vatten i uppvärmd miljö. Saneringsenheten är byggd så att den ska kunna hantera två separata saneringslinor samtidigt. En för personal (korrekt klädda icke skadade men kontaminerade personer) som bemannas av räddningstjänsten och en lina för patienter där personal från ambulanssjukvården arbetar under ledning av personal från CBRNE-enheten

Region Stockholm har även ett antal mindre mobila saneringsenheter som kan sättas upp av en person på någon minut. Tälten kräver tillförsel av vatten för sanering. Om tältet sätts upp i en miljö utan tillgång till vatten kontaktas räddningstjänsten för assistans, vatten i tillräcklig mängd finns i räddningstjänstens BAS-bilar. Dessa enheter kan även fungera som insynsskydd vid olyckor, väderskydd, samlingpunkt eller för att förvara känslig utrustning.

C – Kemiska händelser
En C-händelse är en händelse där människor exponeras för kemikalier som kan utgöra en fara på grund av att de har en lokal skadlig påverkan eller är systemtoxiska. Beteckningen C-händelse gäller oavsett om utsläppet beror på en olycka eller är avsiktligt, till exempel en terror- eller krigshandling. Störst risk för kemikalieexponeringar i Region Stockholm bedöms vara vid transportolyckor eller bristande kemikaliehantering inom industrin. Sett ur ett internationellt perspektiv har även avsiktliga C-händelser ägt rum de senaste åren där även mycket toxiska kemiska stridsmedel använts.

Efter att åtgärder vidtagits för att avbryta exponeringen genom sanering, undersöks och behandlas patienten enligt cABCDE. Mer information om åtgärder och behandling finns i ”Behandlingsanvisningar för händelser med kemiska ämnen, Regional rutin 2021–2025”.

B - Biologiska händelser
Sjukdomsalstrande mikroorganismer utgör en fara oavsett om de härrör från olycka som förorsakar spridning av sjukdomsalstrande ämnen, naturlig spridning eller avsiktlig spridning genom terrorism eller annan kriminalitet. En händelse med smittsamma ämnen skiljer sig en del från exempelvis en kemhändelse.

Personer som utsatts för smittförande ämnen har normalt inget behov av sanering (Mjältbrandsbakterier och biologiska toxiner utgör undantag). Det är inte heller nödvändigt eller ens lämpligt att arbeta i skyddsdräkt och skyddsmask i omhändertagandet av smittsamma personer. Skyddsdräkten är begränsande att arbeta i och är svår att ta av sig utan att korskontaminera sig om smittämnen hamnat på dräkten. Information kring lämpligt val av personlig skyddsutrustning finns på vårdgivarguiden. Där finns även den regionövergripande epidemiberedskapsplanen och andra handlingsplaner, hygienrutiner och rutiner för ambulanstransporter.

Smittskyddsläkaren svarar för samordningen av regionens epidemiberedskap. Läs mer i rutinen ”Misstänkt farlig försändelse”.

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 eller avsiktlig spridning genom terroristhandling eller kriminalitet.

För att skydda sig mot strålningens effekter ska man följa strålskyddets grundprinciper:

- Tid - Vistas så kort tid som möjligt i strålfältet. Om tiden är kort kan stråldosen bli låg även om doshastigheten är hög. Fördubblas tiden, fördubblas stråldosen
- Avstånd - Håll så långt avstånd som möjligt till strålkällan. En person utsätts för högre stråldos ju närmre strålkällan den kommer. Att dubbla avståndet mellan person och strålkällan gör att doshastigheten minskar till en fjärdedel.
- Avskärmning – Ha så mycket skärmande material som möjligt mellan sig och strålkällan. Ta om möjligt skydd bakom massiva objekt som tjocka lager sten eller betong. Betong har högre täthet än trä och ger därför ett bättre skydd

Ingen strålkälla som transporteras i Sverige är så stark att man inte kan vistas bredvid den för en livräddande insats. Detta innebär att man under en kort tid (en minut) kan gå fram till patienten och utföra ett snabbt uttag (tid), förflytta patienten bort från den misstänkta strålkällan (avstånd) till en säker och skyddad plats till exempel bakom en brandbil (avskärmning) och där utföra medicinsk behandling.

Skadade utgör ingen fara för personal som bär heltäckande klädsel och andningsskydd av samma typ som vid en C-händelse. Det är viktigt att få fram mätinstrument för att kontrollera radioaktiv kontaminering men detta får aldrig fördröja medicinsk hjälp. Prehospitalt finns dosimetrar och intensimetrar på utvalda enheter.

Om det finns misstanke om kontamination av radioaktiva partiklar måste patienten saneras. Särskilt viktigt är det att tvätta ansikte och händer på den kontaminerade för att minska risken för intern kontamination av radioaktiva ämnen. Före och efter sanering görs en kontrollmätning med intensimeter.

Händelser med explosiva ämnen
Alla händelser där ett explosivämne kan utgöra en fara genom detonation. Sprängskador förekommer både vid olyckshändelser och avsiktliga handlingar vid terrordåd eller annan kriminalitet. Vid omhändertagande av en person som skadats i explosion följs de medicinska riktlinjerna men det finns några saker att tänka på.

Efter en explosion finns flera potentiella risker så som trycksatt glas, skadade byggnadskonstruktioner, brand, el, gas och kemikalier. Om det finns misstanke om antagonistisk händelse måste risken för ytterligare explosioner (ofta kallade ”secondary device”) beaktas. Det är viktigt att bära med sig misstanke om en antagonistisk händelse. Finns det något som inte stämmer in i miljön? Muntligt eller skriftligt framförda hot? Container eller behållare eller fordon som finns på plats där de inte borde stå. Anordningar fästa vid gasflaskor, behållare för brandfarliga vätskor, kemiska ämnen eller rörledningar med mera. Tänk över noga var ledningsplatsen placeras och överväg rörlig brytpunkt.

Vid ankomst till en plats där det finns en odetonerad sprängladdning ska sjukvården stanna utanför bedömt riskområde. Polis på plats bedömer var det är tillräckligt säkert för sjukvården att verka. Genom att använda byggnader eller naturliga barriärer som skydd minskas riskavståndet. Håll avstånd till byggnader med stora glasytor eftersom splitter står för en mycket stor del av personskadorna vid en explosion.

Ledningsplatsen förläggs utanför områden där ytterligare spräng-anordningar av improviserat slag kan vara placerade, till exempel brevlådor och soptunnor. Brytpunkt upprättas utom synhåll från målområdet och på avstånd från byggnader med stora glasytor. Fordon placeras på sådant sätt att byggnader och eller naturliga barriärer kan tjäna som skydd. 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.

Den yttre avspärrningen upprättas med hänsyn till sprängladdningens storlek. Kunskap om vitala fakta om anordningen, typ av hot, läge, tidpunkt, förpackning, typ av anordning är av betydelse. Säkerhets-avståndet står i proportion till sprängladdningens storlek. Beroende på omgivningen kan säkerhetsavståndet minskas (byggnader, naturliga skydd med mera.)

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 prehospitala vården. 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.

Då ansvaret för en kontaminerad, skadad person kommer att överlämnas mellan olika aktörer (insatsområdet, sjukhus) är det avgörande att en korrekt avlämning mellan olika led i processen sker, så att inte viktig information försvinner, förväxlas eller förvanskas. För att säkerställa detta kan en direktkontakt mellan prehospital sjukvårdsledning och ledningsfunktion på mottagande akutmottagning vara nödvändig.

Frågor att enas om är exempelvis:
- Hur många patienter som är kontaminerade
- Vilket farligt ämne handlar om
- Har sanering utförts på skadeplatsen eller påbörjat någon antidotbehandling.
- När den första patienten beräknas anlända
- Om patienterna även har kirurgiska skador

Vid en komplex händelse bör även TiB vara med i samtalet. OPK ansvarar för att koppla ihop berörda aktörer i ett trepartssamtal. Alternativt kan en talgrupp mellan Sjvl, TiB, Ledningssjuksköterka och OPK begäras. PoD tilldelar då LtSamv-301, 302 eller 303

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Patientsäkerhet och beredskap
Enheten för katastrofmedicinsk beredskap, EKMB

Regionala katastrofmedicinska riktlinjer akutsjukhus

Innehåll

Introduktion 2
Katastrofmedicinsk beredskapsplan 3
Behandlingsprinciper på vårdinrättning 4
Händelser med farliga ämnen 6
Psykologiskt och socialt krisstöd 8

Revisionshistorik

Version	Datum	Förändring jämfört med senaste utgåva
1.0	2022-09-06	

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Beslutad av HSN oktober 2022
Gäller tills vidare
Diarienummer: HSN 2022–0910

Introduktion

Ledning
I vardagen ska chefläkare och ledningssjuksköterska finnas tillgängliga på akutsjukhusen, dygnet runt. Vid vissa sjukhus finns även rollen ledningsläkare inrättad på akutmottagningen.

Ledningssjuksköterskan tillsammans med lokalt utsedd läkarfunktion ansvarar inledningsvis för ledning och samordning av akutmottagningens arbete vid en särskild händelse. En lokal katastrofledare kan ta över ansvaret för ledning och samordning av akutmottagningens verksamhet vid en särskild händelse.

Chefläkaren ansvarar initialt för sjukhusets verksamhet vid särskild händelse. Vid beslutad beredskapshöjning organiseras en lokal särskild sjukvårdsledning (LSSL), som leds av sjukhusdirektör eller VD, chefläkare eller deras ersättare.

LSSL leder sjukhusets arbete vid särskild händelse och ska bland annat besluta om sjukhusets beredskapsläge. Den särskilda sjukvårdsledningen på lokal nivå består av:

- en beslutsfattare (chef)
- en stabschef
- en stab.

Stabschefen leder stabens arbete efter beslutsfattarens direktiv.
Staben i LSSL ska enligt NATO-modellen organiseras med följande funktioner:

- S1 - Personal, ekonomi och administration
- S2 - Säkerhet och juridik
- S3 - Insatsledning
- S4 - Dokumentation och logistik i staben
- S5 - Analys och omfall
- S6 - Samband, teknik och IT
- S7 - Kommunikation och information
- S8 - Experter
- S9 - Samverkan
- S10 - Krisstöd och katastrofpsykologi

Utifrån händelsens art bemannas alla eller några av ovanstående funktioner. Vid långvariga och resurskrävande händelser kan undergrupper till de olika funktionerna tillsättas.

Katastrofmedicinsk beredskapsplan



STABSLÄGE



FÖRSTÄRKNINGSLÄGE



KATASTROFLÄGE

Utifrån den Krisberedskapsplan och Regional katastrofmedicinsk beredskapsplan för Region Stockholm samt Regional katastrofmedicinsk riktlinje akutsjukhus ska samtliga akutsjukhus i länet utarbeta lokala planer för den katastrofmedicinska beredskapen. Alla akutsjukhus ska ha en lokal katastrofkommitté eller motsvarande som ansvarar för den lokala planens revidering.

Den lokala katastrofmedicinska beredskapsplanen ska innehålla:

- beskrivning av normalläge där ledningssjuksköterskan på akutmottagningen är kontaktväg in för tjänsteman i beredskap (TiB) eller Regional särskild sjukvårdsledning (RSSL)
- larmplan som anger hur larmet utlöses och sprids. Larm från TiB till akutsjukhus kommer till akutmottagningen via telefon eller Rakel
- tre lägen för höjning av akutsjukhusets beredskap: stabsläge, förstärkningsläge och katastrofläge
- åtgärdslistor för berörda funktioner
- plan för mottagande och fördelning av patienter. En särskild planering ska finnas för mottagande och fördelning av patienter vid kemisk olycka eller olycka med joniserande strålning
- registreringsrutiner
- organisation för sjukvårdsledning och samverkan
- plan för psykologiskt och socialt krisstöd av direkt och indirekt drabbade samt akuta stödåtgärder för särskilt drabbad 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 Klinisk Immunologi och transfusionsmedicin, KUL för planering av tillgång på blod
- plan för stabil och klimatanpassad tillgång till nödvändiga läkemedel, medicinteknisk utrustning, skyddsutrustning och övriga produkter utifrån verksamhetens kritiska sortiment inför en särskild händelse
- plan för personalförsörjning som beaktar behovet att kunna kalla in extrapersonal vid särskilda händelser, långvariga insatser och epidemier
- plan för service och försörjning (mat, materiel, med mera)
- plan för åtgärder vid intern särskild händelse:
  - larmplan
  - åtgärdslistor för berörda befattningshavare
  - evakueringsplan
- checklista vid bombhot eller annat hot
- sambandsplan med RSSL och smittskydd vid händelse med allvarlig smitta

Behandlingsprinciper 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 Region Stockholm och att kapaciteten för att ta emot ett större antal skadade kan bli begränsad. Vid stort skadeutfall måste därför patienterna fördelas på flera sjukhus. Sjukvårdsledaren på ledningsplats måste tidigt informera om storleken på skadeutfallet samt typskador varefter en fördelningsnyckel skapas av TiB/RSSL. Skadade med flera skadetyper ska prioriteras efter den skadetyp som utgör störst livshot eller störst risk för invalidiserande resttillstånd. Svårt traumakirurgiskt skadade ska i första hand omhändertas i ordinarie traumaflöde. I de fall då patienter omhändertas på sjukhus som saknar specialistvård för skadetypen, kan stöd inhämtas genom TiB eller RSSL och sjukhusen.

Omhändertagande av 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 brännskadas i Stockholm ska bedömas primärt vid en akutmottagning i Region Stockholm, i första hand vid Karolinska Universitetssjukhuset Solna. Vid svår brännskada domineras patienternas initiala medicinska behov av anestesiologiska och intensivvårdsmässiga insatser. Patienterna bör dock bedömas av specialist inom 24 timmar och vid behov helst överföras till brännskadeklinik inom 48 timmar. Samtidigt behov av tryckkammarbehandling eller andra skador ska prioriteras efter det tillstånd som är det mest akuta.

Avancerad brännskadesjukvård bedrivs vid Akademiska sjukhuset i Uppsala och Universitetssjukhuset i Linköping. I Socialstyrelsens dokument ”Nationell högspecialiserad vård av svåra brännskador” finns riktlinjer för larmplan och nationell samordning samt beslutsunderlag som stöd till drabbad region. Vid 3 eller fler svårt brännskadade i behov av specialistvård ska TiB Region Stockholm kontaktas av akutsjukhus för vidare larmning till TiB Östergötland för beslut om samordning.

Neurokirurgi
Skallskadade patienter bör i första hand hanteras inom ordinarie traumaflöde. Om antalet skallskadade är stort ska patienterna föras till andra akutsjukhus i Stockholms län eller till andra regioner, då företrädelsevis till sjukhus med neurokirurgi.

Thoraxkirurgi
De flesta patienter med thoraxtrauma kan behandlas vid allmänkirurgisk klinik. Om detta inte är möjligt flyttas patienten till högre vårdnivå.

Barnsjukvård
Extra resurser bör vid stor olycka eller katastrof kunna mobiliseras på de akutsjukhus som har barnkliniker. Vanan att ta hand om sjuka och skadade barn är viktig framför allt från psykologisk synpunkt. Se kapitel psykologiskt och socialt krisstöd.

Ögonsjukvård
Vid traumafall där ögonskada ingår som en del bör akutsjukhus erhålla sekundärt konsultstöd från högre vårdnivå.

Händelser med farliga ämnen

Alla akutsjukhus i Region Stockholm ska kunna ta emot patienter vid en händelse med farliga ämnen. I anslutning till akutmottagningen ska det därför finnas en saneringsenhet 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. Personer som ”spontan-evakuerar” till sjukhus har förmodligen exponerats för låga halter av ämnet och kan endast i undantagsfall utgöra något akut hot mot omhändertagande personal. På sjukhuset ska det finnas tydliga rutiner för hur personalen ska upptäcka och omhänderta patienter med misstänkta symptom och deras eventuella medföljande.

Personer som är involverade i en CBRNE-händelse ska särskilt beaktas då de har en högre prevalens för att utveckla efterföljande psykisk ohälsa. Det är viktigt att säkerställa att drabbade får adekvat psykologiskt krisstöd i akutskedet samt följs upp proaktivt. Det gäller särskilt personal som arbetat på skadeplats eller exponerats.

Kritisk patient

En kritiskt skadad patient ska skyndsamt transporteras till sjukhus. Patienten bör då avtransporteras efter avklädning och eventuell livräddande personsanering. Den som vårdar patienten i ambulansen måste ha adekvat skyddsutrustning på under färd. För att minska sekundär-kontaminationen av ämnet kan patienten packas in i filtar och plast. Sjukhuset förvarnas i god tid för att kunna förbereda mottagande.

Särskild planering behövs för en C-händelse där en eller flera kontaminerade patienter kommer till sjukhuset med livshotande skador. En fullständig sanering riskerar då att förvärra övriga skador alternativt fördröja livsnödvändig vård. Därför behövs en plan för hur nödvändig medicinsk utrustning och kompetens ska finnas tillgänglig för att kunna upprätthålla patientens vitala funktioner innan och under saneringen. Exempel på akut medicinsk behandling som kan behöva utföras innan patienten är fullständigt sanerad är att assistera andning, stoppa yttre blödning, ge intramuskulär injektion av antidoter samt byta förband och fixationer som anlagts prehospitalt. Även triagering av patienter behöver utföras vid ankomst till sjukhus innan sanering. I sjukhusens lokala katastrofmedicinska beredskapsplan ska det tydligt framgå hur beredskapen av högre medicinsk kompetens i saneringsenhet ska se ut vid omhändertagande av kritisk patient under sanering.

Vid en RN-händelse kan patienter med livshotande tillstånd omhändertas på akutrum, eller annat utsett rum, utan att genomgått fullständig personsanering. Rummet behöver då förberedas genom att täcka golv och ytor med exempelvis plast eller lakan för att undvika sekundär kontamination. Läs mer om omhändertagande på akutmottagning vid RN-händelser i ”Socialstyrelsens nationella utbildningsmaterial för akutsjukvårdspersonal vid RN-händelse”.

Vård och behandling

Stöd för vård och behandling av en patient som exponerats för ett farligt ämne finns i ”Behandlingsanvisningar för händelser med kemiska ämnen Regional rutin 2021–2025” och ”Beredskapslager avseende antidoter och behandling vid händelse med kemiska ämnen”.

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 prehospitala vården. Det finns flera informationskällor för att nå kunskap om ett farligt

ämne, exempelvis Först på plats vid händelser med farliga ämnen CBRNE, åtgärdskalender, beslutsstödet MSB RIB, Giftinformationscentralen med flera. Vårdgivare måste själv säkerställa tillgången till relevant information och beslutstöd i den egna verksamheten.

En utförligare beskrivning av händelser med farliga ämnen i Region Stockholm finns i ”CBRN E-händelser Vägledning för Region Stockholm”.

Psykologiskt och socialt krisstöd

På alla akutsjukhus i Region Stockholm ska det finnas en Psykologisk och psykiatrisk katastrofledningsorganisation **(**PKL) grupp med tillhörande krisstödjare bestående av kuratorer, psykologer, psykiatriker, psykiatrisjuksköterskor, präster och diakoner med ansvar för att leda den psykologiska krisstödsorganisationen lokalt på sjukhuset. De kan rekryteras från all vård inom Region Stockholm såsom somatisk sluten- och öppenvård, vuxen respektive barn- och ungdomspsykiatrisk sluten- och öppenvård, primärvård och sjukhuskyrkan. PKL-gruppen (ledningsgruppen) bör bestå av ledningsutbildade representanter med kunskap om barn, ungdomar, vuxna och äldre.

Företrädare för PKL-ledningsgruppen ska vara representerad i den lokala medicinska katastrofkommittén och i LSSL på sjukhuset. PKL-gruppen ska upprätta planer för katastrofpsykologiska krisstöd och bemötande samt svara för rekrytering, fortbildning, övning och kompetensutveckling av PKL-gruppens krisstödspersoner. Ett samarbete bör etableras med såväl olika enheter inom Region Stockholm, kommunens krisstödsverksamhet och andra för katastrofberedskapen relevanta myndigheter och organisationer både inför och vid en inträffad särskild händelse. Vid varje akutsjukhus i regionen ska finnas särskilda lokaler angivna för upprättande av PKL-krisstödsmottagning respektive PKL-krisstödstelefon. Dessa bemannas av PKL-organisationen enligt en i förväg upprättad och övad plan.

PKL kan startas antingen av TiB eller RSSL eller LSSL på ett akutsjukhus utan ett regionalt beslut, under förutsättning att LSSL är aktiverat. TiB i Region Stockholm ska då informeras och konsulterar i sin tur Regionalt Kunskapscentrum Kris- och katastrofpsykologi (RKK) som då fungerar som konsult för de katastrofmedicinska frågorna.

I anslutning till en särskild händelse ska:

- regional PKL-ledare aktivera och leda PKL-grupperna efter beslut av TiB eller beslutsfattare i RSSL
- PKL-gruppen leda och samordna det psykologiska krisstödet och bemötandet lokalt på respektive sjukhus genom att öppna särskilda krisstödsmottagningar och/eller krisstödstelefonlinjer. Stödet kan även erbjudas i en lugn miljö i en annan utsedd lokal
- PKL-organisationen se till att direkt och indirekt drabbade personers psykologiska och sociala behov tillgodoses.

PKL-organisationen ska även vid behov ge stöd till involverad hälso- och sjukvårdspersonal.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Patientsäkerhet och beredskap
Enheten för katastrofmedicinsk beredskap, EKMB

REGIONALA KATASTROFMEDICINSKA RIKTLINJER NÄRSJUKVÅRD OCH SJUKVÅRDSRÅDGIVNING

Regionala katastrofmedicinska riktlinjer närsjukvård och sjukvårdsrådgivning

Innehåll

Inledning....2
Närakuternas roll vid en särskild händelse....2
1177 på telefons roll vid en särskild händelse....2
Lokal särskild sjukvårdsledning - SLSO....3
Katastrofmedicinsk beredskapsplan för regionens närakuter....4
Psykologiskt och socialt krisstöd....5
Katastrofmedicinsk beredskapsplan sjukvårdsrådgivning....6

Revisionshistorik

Version	Datum	Förändring jämfört med senaste utgåva
1.0	2022-09-16	

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Beslutad av HSN oktober 2022
Gäller tills vidare
Diarienummer: HSN 2022–0910

Inledning

Närsjukvården är vård utanför akutsjukhus exempelvis närakuter, primärvård, vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, geriatrik och ASIH. Vid en särskild händelse med stort skadeutfall har närakuterna en viktig roll och kan aktivers tidigt i en händelse. Lätt fysiskt och potentiellt psykiskt skadade, spontansökande kan också behöva tas om hand på vårdcentraler.

Närakuternas roll vid en särskild händelse

Vid en särskild händelse med skadeutfall har närakuterna rollen att avlasta regionens akutmottagningar, så att akutsjukhusen kan omhänderta patienter med svårare skador som kräver slutenvård. Sökande drabbade av den särskilda händelsen länkas till PKL för krisstödshantering. Närakuterna behöver vid en särskild händelse kunna omhänderta lätt skadade patienter med stabila vitalparametrar som triagerats gröna vid sorteringstriage.

1177 på telefons roll vid en särskild händelse

Vid en särskild händelse kan det finnas ett ökat samverkansbehov mellan TiB, RSSL och 1177.

TiB eller RSSL kan kontakta 1177 på telefon för att aktivera ett särskilt knappval (knappval 8). Detta knappval används för att särskilja de samtal som handlar om den inträffade händelsen.

1177 på telefons arbetsuppgifter kan i samband med en sådan händelse bland annat innebära:

- att initialt besvara frågor och ge ett första bemötande och stöd innan särskild krisstödstelefon etablerats
- att styra samtal gällande behov av krisstöd till rätt krisstödsnummer
- omstyrning av patientflöden enligt TiB eller RSSL:s fördelningsnyckel
- kapacitetsökning på 1177 på telefon för att kunna möta en stor mängd samtal, som följd av en inträffade händelse
- vara TiB eller RSSL behjälpliga med kontaktvägar ut i vården.
- att en samverkansperson (utöver ordinarie driftledare) efter beslut av TiB eller RSSL ska kunna bemanna RSSL, med uppdraget att sköta informationsdelning och samverkan mellan RSSL och 1177 på telefon.

Vid en särskild händelse kan det finnas ett ökat samverkansbehov mellan TiB eller RSSL och 1177. TiB eller RSSL kan kontakta 1177 för att aktivera ett särskilt knappval (knappval 8). Detta knappval används för att särskilja de samtal som handlar om den inträffade händelsen.

Lokal särskild sjukvårdsledning - SLSO

Stockholm läns sjukvårdsområde (SLSO), har ansvar för vård utanför akutsjukhus, exempelvis primärvård, vuxen- respektive barn- och ungdomspsykiatri. SLSO ska vid en särskild händelse upprätta en lokal särskild sjukvårdsledning (LSSL), med uppgift att leda SLSO:s verksamheter i det katastrofmedicinska arbetet utifrån den aktuella situationen. SLSO:s LSSL kan också få uppdraget att bistå RSSL i uppgiften att etablera samband och samverkan med regionfinansierad privat driven verksamhet inom exempelvis närakuter, primärvård, vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, geriatrik och ASIH.

Utöver normalläge finns tre lägen för beredskapshöjning:

- **stabsläge** - beredskapsläge som innebär att LSSL håller sig underrättad om läget, vidtar nödvändiga åtgärder och följer händelseutvecklingen
- **förstärkningsläge** - beredskapsläge som innebär att LSSL vidtar åtgärder för förstärkning av vissa viktiga funktioner
- **katastrofläge** - beredskapsläge som innebär att LSSL vidtar åtgärder för förstärkning av alla viktiga funktioner.

En utsedd beslutsfattare inom SLSO beslutar vilket av de tre ovan nämnda beredskapslägen som LSSL ska inta.

Den särskilda sjukvårdsledningen på lokal nivå består av:

- en beslutsfattare (chef)
- en stabschef
- en stab.

Stabschefen leder stabens arbete efter beslutsfattarens direktiv.

Staben i LSSL ska organiseras med följande funktioner: med följande funktioner:
S1 - Personal, ekonomi och administration
S2 - Säkerhet och juridik
S3 - Insatsledning
S4 - Dokumentation och logistik i staben
S5 - Analys och omfall

S6 - Samband, teknik och IT
S7 - Kommunikation och information
S8 - Experter
S9 - Samverkan
S10 - Krisstöd och katastrofpsykologi

Utifrån händelsens art bemannas alla eller några av ovanstående funktioner. Vid långvariga och resurskrävande händelser kan undergrupper till de olika funktionerna tillsättas.

Katastrofmedicinsk beredskapsplan för regionens närakuter

- beskrivning av normalläge där ledningssjuksköterska på närakut är kontaktväg in för TiB eller RSSL mellan kl.08.00-22.00 och beredskapsfunktionen är kontaktväg in för övriga tider för TiB eller RSSL
- larmplan som anger hur larmet utlöses och sprids. Larm från TiB till ledningssjuksköterska alternativt beredskapsfunktionen via telefon eller Rakel
- tre lägen för höjning av beredskap: stabsläge, förstärkningsläge och katastrofläge
- åtgärdslistor för berörda funktioner
- plan för mottagande och fördelning av patienter
- registreringsrutiner
- organisation för ledning och samordning med andra närakuter
- plan för psykologiskt och socialt krisstöd av direkt och indirekt drabbade samt akuta stödåtgärder för särskilt drabbade medarbetare
- plan för information inom egen organisation, till anhöriga, allmänhet och media
- plan för stabil och klimatanpassad tillgång till nödvändiga läkemedel, medicinteknisk utrustning och övriga produkter utifrån verksamhetens kritiska sortiment inför en särskild händelse
- plan som beskriver samverkan med RSSL för att kunna ge korrekt och samordnad information
- plan för medarbetare, försörjning som beaktar behovet att kunna kalla in extraresurser vid särskilda händelser, långvariga insatser och epidemier
- plan för service och försörjning (mat, materiel, med mera)
- plan för åtgärder vid intern särskild 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 interna och externa aktörer, exempelvis RSSL, smittskyddsläkare och kommuner.

Psykologiskt och socialt krisstöd

SLSO:s krisstödscenterorganisation (KSC)
För att säkerställa att drabbade personer får adekvat uppföljning efter en akut krisstödsinsats (psykiatrisk och psykologisk katastrofledning (PKL) finns en strukturerad krisstödscenterorganisation etablerad inom SLSO kallad KSC. KSC består av sex geografiskt spridda krisstödscenter som bemannas med krisstödjare från SLSO:s husläkarmottagningar (HLM), vuxenpsykiatri (VUP) och barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och som är utbildade i psykotraumatologi. Varje KSC styrs av en ledningsgrupp (tre personer samt ersättare) som består av utsedda personer från vardera BUP, VUP och HLM. SLSO:s ledningsgrupp (SLG) alternativt LSSL i SLSO beslutar om uppstart och omfattning av KSC, där ett eller flera KSC kan öppnas. Det är också SLG eller LSSL i SLSO som fattar beslut om och när insatsen med KSC ska avslutas. KSC kan också aktiveras lokalt på initiativ av SLSO:s ledning även då PKL inte har aktiverats. Regionalt Kunskapscentrum, RKK har i uppgift att förvalta KSC genom utbildning, övning och utveckling. Organisatoriskt är RKK placerad centralt i SLSO.

SLSO:s krisstödscenterorganisation ska vid behov kunna ta över efter PKL-insatser och ta emot drabbade och närstående som PKL behöver länka vidare. KSC ska erbjuda psykologiskt krisstöd, riskbedömning och uppföljning med hög tillgänglighet utifrån den enskildes behov och förutsättningar. Vid behov ska krisstödscentren remittera patienter till rätt mottagning i den ordinarie vården och särskilt förvissa sig om att patienten erbjuds en snabb första tid. Samverkan ska ske mellan PKL och KSC vid

överlämning av aktuella drabbade personer. Om PKL och KSC är aktiverade samtidigt samordnar PKL och KSC sina insatser mellan respektive S 10 funktion i RSSL respektive LSSL.

Efter en särskild händelse ansvarar KSC-ledarna för att krisstödjarna inom KSC-organisationen följs upp och erhåller hemgångsamtal respektive avlastande samtal. All personal som deltagit i insatser vid särskilda händelser ska erbjudas ett professionellt stöd i återhämtning och hantering av sina upplevelser av sin arbetsgivare.

Katastrofmedicinsk beredskapsplan sjukvårdsrådgivning

Vid en särskild händelse kan det finnas ett ökat samverkansbehov mellan TiB eller RSSL och 1177. 1177 på telefon i Region Stockholm har en driftkoordinator i tjänst, vilket gör dem nåbara dygnet runt.

- Den lokala katastrofmedicinska beredskapsplanen ska innehålla:
- beskrivning av normalläge där driftkoordinator på 1177 på telefon är kontaktväg in för TiB eller RSSL
- larmplan som anger hur larmet utlöses och sprids. Larm från TiB till driftkoordinator kommer via telefon
- åtgärdslistor för berörda funktioner
- plan för förändring av hänvisningar
- plan för kapacitetsökning vid stort antal inkommande samtal
- organisation för ledning och samverkan
- plan för krisstöd av direkt och indirekt drabbade i samverkan med RKK
- plan för information inom egen organisation
- sambandsplan som beskriver hur 1177 på telefon ska samverka med RSSL för att kunna ge korrekt och samordnad information via 1177 på telefon samt kunna skicka en samverkansperson till RSSL
- plan för personalförsörjning som beaktar behovet att kunna kalla in extrapersonal vid särskilda händelser, långvariga insatser och epidemier
- plan för service och försörjning (mat, materiel, med mera)
- plan för åtgärder vid intern särskild händelse
  - larmplan
  - åtgärdslistor för berörda funktioner

  - evakueringsplan
- checklista vid bombhot eller annat hot

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Patientsäkerhet och beredskap
Enheten för katastrofmedicinsk beredskap, EKMB

Regional katastrofmedicinsk riktlinje evakuering

Innehåll

Inledning....2
Ansvar och roller vid beslut om evakuering 3
Funktioner och ansvar....4
Strategi för inventering och prioritering....5
Utrymning av externa aktörer, besökare och publika utrymmen 6

Revisionshistorik

Version	Datum	Förändring jämfört med senaste utgåva
1.0	2022-09-16	Ersätter Regional plan för evakuering av akutsjukhus Stockholms läns landsting 2018-04-10, HSN 2016–1431. Ny text LSSL på mottagande sjukhus, Sjukvårdsledare från den prehospitala vården, reviderad text Psykologisk och psykiatrisk katastrofledningsorganisation (PKL).

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Beslutad av HSN oktober 2022
Gäller tills vidare
Diarienummer: HSN 2022–0910

Inledning

Regionala katastrofmedicinska riktlinje för evakuering innehåller strategier för en kontrollerad evakuering av akutsjukhus i Region Stockholm och kan även användas på annan vårdenhet. Planen är en riktlinje till Regional katastrofmedicinsk beredskapsplan. Framtagna lokala evakueringsplaner ska skickas in till Enheten för katastrofmedicinsk beredskap (EKMB).

Termer och förkortningar

Brytpunkt	Geografisk plats dit samtliga enheter dirigeras i avvaktan på att dirigeras fram till hämtplats.
Evakuering	I sjukvårdsammanhang avser en process som består av utrymning av patienter, transport av patienter och inrymning av dessa på annan förutbestämd plats med möjlighet till fortsatt vård.
Hämtplats	Plats där patienter hämtas av ambulans eller andra transportresurser i den prehospitala vården.
Ledningsenhet	Prehospital ledningsenhet som har ansvar att leda och samordna prehospitala insatser. Bemannas av medicinskt ansvarig och sjukvårdsledare.
LSSL	Lokal särskild sjukvårdsledning.
Medicinskt ansvarig	Förkortas MA. Sjuksköterska från ledningsenhet som prioriterar och beslutar om medicinska åtgärder prehospitalt.
RSSL	Regional särskild sjukvårdsledning.
S3 insatsledning	Funktion i lokal särskild sjukvårdsledning som informerar verksamheterna om var, hur och när patienterna ska flyttas till hämtplats. Samordnar arbetet vid hämtplatser och samverkar med medicinskt ansvarig och sektorledare från den prehospitala vården. Arbetar efter beslutsfattaren i LSSL:s direktiv och inriktningsbeslut.
Sektorledare	En person utsedd av prehospital sjukvårdsledare för att leda arbetet på hämtplats. Sektorledaren samverkar primärt med MA och Sjukvårdsledare för att optimera patientflödet.

Sjukvårdsledare	Sjukvårdsledaren i prehospital ledningsenhet ansvarar för den prehospitala insatsen och har ett säkerhets-, resurs-, samverkans- och kommunikationsansvar. Sjukvårdsledaren befinner sig på en yttre ledningsplats vid evakuering.
Utrymning	Då en plats eller byggnad ska lämnas för att rädda liv och hälsa vid hot och risksituationer. Utrymning är alltid akut.
Yttre ledningsplats	Plats där ledning och samverkan sker för prehospital personal, samt eventuellt med polis och räddningstjänst. Sjukvårdsledaren bemannar yttre ledningsplats.

Ansvar och roller vid beslut om evakuering

Beslut om en omedelbar evakuering fattas av polismyndighet eller räddningstjänst vid exempelvis bombhot, händelser med farliga ämnen eller brand. Vid evakuering av andra skäl, till exempel översvämning, elbortfall, förorenat vatten, fattas beslut av sjukhusets chefläkare eller beslutsfattare LSSL. Beslutet fattas i dialog med tjänsteman i beredskap, TiB eller Beslutsfattare RSSL.

Som stöd för beslut bör följande frågor kontinuerligt ställas.

- Vad har hänt eller vad är på väg att hända?
  - Hur ser tidsförhållanden ut?
  - Vad befaras kunna hända?
  - Vilka oklarheter råder kring situationen?
- Vad är gjort?
  - Vad har vi redan gjort?
  - Vad har andra redan gjort?
- Vad bör vi göra?
  - Vad ska vi göra, vad blir vår verksamhets främsta övergripande uppgift?
  - Vilka hinder finns i vår organisation för att kunna agera?
  - Vilka begränsningar finns i uppdraget?
  - Vilka samordningsbehov med andra aktörer kan man redan här förutse?

Funktioner och ansvar

Regional särskild sjukvårdsledning (RSSL)

- Inventerar vårdplatser inom länet och har vid behov kontakt med omkringliggande regioner.
- Tillhandahåller information om och samordnar tillgängliga vårdplatser genom fördelningsnyckel till lokal särskild sjukvårdsledning på sjukhus.
- Tillhandahåller information om tillgängliga transportresurser.
- Samverkar med andra berörda aktörer i regionen.
- Informerar TiB Socialstyrelsen och andra berörda myndigheter.
- Lägesbild och regionala inriktningsbeslut.

Prioritering- och dirigeringstjänst

- Tillhandahåller information till RSSL och samordnar tillgängliga prehospitala resurser.
- Tillhandahåller på förfrågan från RSSL information om och samordnar övriga tillgängliga transportresurser mellan vårdenheter.

Lokal särskild sjukvårdsledning

Då ett sjukhus behöver evakueras aktiveras lokal särskild sjukvårdsledning (LSSL). LSSL:s uppgift är att leda evakueringsinsatsen. Detta innebär bland annat att utvärdera och bedöma situationen regelbundet, samt kommunicera med berörda i händelsen.

LSSL på avsändande sjukhus

- Planerar evakueringsflödet i samråd med TiB eller RSSL utifrån verksamheternas behov och tillgång på transportresurser och mottagande vårdplatser.
- Lokal särskild sjukvårdsledning, funktion S3, informerar verksamheterna om var, hur och när patienterna ska flyttas till hämtplats. Ansvarar i enlighet med sjukhusets evakueringsplan för registrering av patienter och övriga som lämnar sjukhuset.
- Fördelar patienter utifrån regional fördelningsnyckel.

LSSL på mottagande sjukhus

Vid en storskalig evakuering från en vårdinrättning i regionen bör samtliga sjukhus aktivera LSSL och inventera och förbereda för att ta emot patienter. Bara omstyrning av ambulanser i det akuta flödet kommer innebära en ökad belastning på hela regionen.

Sjukvårdsledare från den prehospitala vården

Sjukvårdsledare i prehospital ledningsenhet placeras på yttre ledningsplats och samverkar med räddningsledare, polisinsatschef och andra berörda aktörer. Förslag på brytpunkter och yttre ledningsplats ska finnas i framtagna insatskartor för akutsjukhus inom Region Stockholm och karta över hämtplatser för avtransport ska finnas i lokal evakueringsplan för respektive sjukhus.

- Bedöm och säkerställ säkerheten för den prehospitala insatsen.
- Säkerställ optimalt flöde av transportresurser till och från sjukhuset.
- Upprätta sambandsstruktur för den prehospitala sjukvården samt utse sektorledare på respektive hämtplats.

Medicinskt ansvarig från den prehospitala vården i LSSL på sjukhus

- Beger sig till lokal särskild sjukvårdsledning på sjukhuset för att samordna transporterna i samverkan med LSSL (S3), sektorledare hämtplatser och sjukvårdsledaren.
- Kommunicerar med yttre ledningsplats för framkörning av transportresurser från brytpunkt.

Sektorledare från den prehospitala vården på hämtplats

- Kommunicerar med medicinskt ansvarig prehospital vård i LSSL (S3) gällande patienter redo för avtransport samt med sjukvårdsledare rörande transportresurser för avtransport.

Strategi för inventering och prioritering

Vid inventering och prioritering inför en kontrollerad evakuering finns flera aspekter att ha i beaktande; patienternas medicinska tillstånd och möjligheter till förflyttning likväl som behov av särskild utrustning och eventuella smittsamma sjukdomar. Utöver detta måste personaltillgång och

kompetens samt regionens transportmöjligheter och de mottagande sjukhusens kapacitet tas med i prioriteringsordningen.

Inventering av patienter på avsändande sjukhus kan ske utifrån följande:

- Antal patienter som finns på sjukhuset.
- Vårdbehov: öppenvård eller till hemmet, fortsatt vård men utan närmare specifikation, specialistvård med angivande av specialitet som ex. kirurgi, ortopedi, medicin, infektion, gynekologi, geriatrik eller rehabilitering.
- Vårdbehov under transport och eventuellt behov av utrustning.
- Transportsätt: anhörigtransport, buss, bil, taxi, sjuktransport, transportambulans, ambulans, intensivvårdsambulans eller ambulanshelikopter.
- När patienten kan vara klar för avtransport eller hämtning.
- Medföljande personal.
- Eventuell flytt av vårdpersonal till mottagande sjukhus.

Initialt kan följande prioritering användas:

- Patient i behov av MICU-transport.
- Patient i behov av ambulanstransport eller transportambulans.
- Sängliggande patienter som kan transporteras med liggande sjuktransport utan kvalificerad vård under färd.
- Gående eller rullstolsburna patienter som kan transporterats med buss, bil eller taxi.
- Patienter som kan skrivas ut och gå hem.

Utrymning av externa aktörer, besökare och publika utrymmen

Utefter lokala förutsättningar bjuda in berörda aktörer i sjukhusets LSSL för att hantera händelsen utefter ansvarsområde.