

Prehospitalt och katastrofmedicinskt centrum



Postadress: Regionens Hus
405 44 GÖTEBORG
Telefon 031-63 05 00
Fax 031-63 05 81
Besöksadress: Svangatan 4
Hemsida: www.vgregion.se/pkmc
E-postadress: pkmc@vgregion.se

I det här numret

1	Annikas ruta
2	Forskning och utveckling på PKMC
3	RTiB/RBL-rapport 2010
5	TiB-verksamheten vid Alingsås lasarett
6	Lokala och regionala tjänstemän i beredskap Regional katastrofmedicinsk plan för Västra Götalandsregionen Mall för primärvårdens katastrofmedicinska beredskapsplan
7	Projekt Mellanstad/NU-sjukvården
8	Översyn av regionala sjukvårdsgrupper
9	Uppdatering av PKMC:s ledningsplats
10	Utbildningar och övningar
12	Kvartalsporträttet
13	Smittskyddsnytt
14	Rapporter och andra lästips

Annikas ruta

2011 – övningarnas år

I januari genomfördes Sveriges genom tiderna största övning, SAMÖ 2011. Syftet var att öva samhällets förmåga att hantera konsekvenserna av ett kärnkraftshaveri, kris för elförsörjningen och problem inom finansmarknaden. I första hand övades de östra delarna av landet och då framför allt Kalmar. PKMC medverkade dels som regional tjänsteman i beredskap och dels som en av utvärderarna av Socialstyrelsens ledningsfunktion. När utvärderingarna är klara kommer vi att lägga ut informationen på vår hemsida. Se också sidan 11 i detta nummer.

Under hösten kommer en stor EU-övning att genomföras där Norge och Västra Götaland kommer att ha en stor roll vad gäller omhändertagande av "skadade" samt ledningsfunktion. Planering pågår och Västra Götalandsregionen representeras av PKMC.

Länsstyrelsen kommer under hösten att i samverkan med berörda myndigheter och organisationer i länet öva ras i Göta Älv. PKMC representerar Västra Götalandsregionen såväl före som under och efter denna övning.

Ett stort antal lokala skadeplatsövningar kommer också att genomföras, framför allt inom Skaraborgs sjukhus där man sedan flera år har som rutin att kontinuerligt öva de läkare och sjuksköterskor som kan komma att arbeta prehospitalt.

NU-sjukvården övas under våren genom projekt Mellanstad. Resultatet av detta projekt innebär också en förmågeanalys för NU-sjukvården och kommer att vägas in i regionens totala risk- och sårbarhetsanalys.

I början av året genomförde vi en pilotutbildning "Dokumentation/administration vid stabsarbete" där målgruppen var all personal som kan komma att svara för dokumentation och administration i särskild sjukvårdsledning vid allvarlig händelse. Intresset för utbildningen var mycket stort och trots att kursen dubblerades var vi tvungna att säga nej till många sökande. Vi kommer därför att genomföra ytterligare två kurser. Datum för dessa blir den 27 och 28 september.

RAKEL-införandet i Västra Götalandsregionen fortsätter, ambulanssjukvården och regional ledning använder nu RAKEL för kommunikation. Under hösten kommer bl a sjukhusens akut-mottagningar att förses med RAKEL.

Planeringen inför sommarens evenemang pågår i samverkan med arrangörer, länsstyrelsen m fl. En första sammanställning kommer att finnas tillgänglig i slutet av april.


Annika Hedelin
Beredskapschef

Forskning och utveckling, FoU, på PKMC

För närvarande drivs följande forskningsprojekt på PKMC:

Evenemang: Uppskattning av sjukvårdsresurser i samband med sportevenemang är ett av de projekt som igångsatts på PKMC och som lett till en första publikation. I denna artikel presenteras en mall för bedömning av sjukvårdsresurser i samband med sportevenemang. Fortsatta studier kommer att fokusera på uppföljning av ett antal stora sportevenemang, resultat av dessa och validering av mallen.

Sjukhusrelaterade störningar: Detta projekt bygger på vårt register som i digitaliserad version funnits sedan januari 2006. En första uppföljning av registret ledde fram till en publikation, som väckte stort intresse. Ytterligare publikationer kommer efter andra genomgången 2012 (för perioden 2009-2011).

Triage: Det finns olika triagemetoder, men ingen av dessa metoder är validerade. MacSim är den metodik som vi började använda för validering av triagemetoder, men som också visade sig vara en bra metod för katastrofmedicinsk undervisning (medicinskt och organisatoriskt). Detta är ett doktorandprojekt som finansieras av Socialstyrelsen/MSB. Två publikationer är planerade för 2011 och avhandlar metodiken och resultatjämförelser mellan två olika triagemetoder. Ett inlägg om triage har redan publicerats.

SOS-index: Nyligen kunde vi visa att det finns skillnader i prioriteringar av patienter mellan SOS Alarm, ambulansen och akutmottagningar. Det handlade också om en övertriage på prio 1 och 2. För att systematiskt förbättra bedömningen av patienter via SOS Alarm och dessutom synkronisera diagnostiken mellan olika nivåer (SOS Alarm, ambulans, akutmottagning), behövs ett säkrare SOS-index och gemensamt språk/metodik för triage. Vi avser att validera indexet och dessutom utvärdera effekten av METTS som numera används som triagemetod av både ambulanspersonal och akutmottagningar. Arbetet kommer delvis att presenteras på WADEM (Världskongressen i katastrofmedicin), Kina. Projektet finansieras av Lærdal Foundation.

Sjukhusevakuering: Oftast räknar vi med att sjukhusen skall ta hand om alla skadade när katastrofen är framme, men vad händer om sjukhuset t ex drabbas av översvämning eller är målet för en terroristattack? Detta projekt, som finansieras av Socialstyrelsen/MSB, syftar till att finna olika nyckelfaktorer som skall beaktas i samband med katastrofplanering och som skall användas för att vidare kunna evakuera ett sjukhus när så behövs. Arbetet påbörjades på Lidköpings sjukhus och kommer att fortsätta genom samarbete med Kungälv's sjukhus. Arbetet kommer delvis att presenteras på WADEM (Världskongressen i katastrofmedicin), Kina.



Övriga projekt

Förutom nämnda projekt pågår planering för nya projekt som berör den prehospitala verksamheten jämte konflikthantering och bedömning av säkerhet i fientliga miljöer under tjänstgöring i olika konfliktområden i världen. Studier kring samverkande organisationer, katastrofplan för barn och analys av traumaregistret "KVITTRA" är andra intressanta projekt som kommer att starta inom kort.

Ytterligare information lämnas av Amir Khorram-Manesh
Docent, beredskapsöverläkare, PKMC
amir.khorram-manesh@vgregion.se

RTiB/RBL-rapport 2010

Under 2010 larmades **regional tjänsteman i beredskap** (RTiB) vid 546 händelser. Larmet kom vanligtvis från SOS Alarm i Göteborg. Liksom tidigare år var den vanligaste orsaken till larm trafikhändelser (173) som dock hade minskat med ca 15 procent jämfört med 2009.

För funktionen RTiB/särskild sjukvårdsledning på regional nivå har 200 händelser under 2010 föranlett aktiviteter och åtgärder som pågått mer än 24 timmar vid varje enskild händelse. Detta innebär en ökning med 71 procent jämfört med 2009. Trots ett ökat antal händelser var fördelningen av larm per veckodag i stort sett oförändrad. Tiden för handläggning av olika händelser ökade främst på grund av ett ökat antal naturhändelser och publika evenemang.

Vanligast var händelser (219, jfr med 283 under 2009), som krävde olika former av handläggning under kortare tid än fyra timmar. Vid 200 händelser genererade larmet olika aktiviteter och åtgärder som varade i mer än 24 timmar, en ökning med 71 procent jämfört med 2009 (116). För en del av dessa händelser pågick den särskilda sjukvårdsledningens operativa och strategiska insats över flera dygn.

RBL kontaktades vid 62 tillfällen för medicinska inriktningsbeslut. Den vanligaste typen bland dessa var kemiska händelser (3), smittskyddshändelser (2), polisiära ärenden (5), naturhändelser (16), publika evenemang (8), MSB:s internationella uppdrag (18) och VGR-händelser (7).

Regionledningen (regiondirektören) har vid 18 (jfr 19 under 2009) informerats och uppdaterats om händelseutvecklingen och dess konsekvenser för sjukvården i Västra Götalandsregionen.

Kontakt och informationsutbyte med ambulanschef i beredskap har skett vid 343 tillfällen (jfr 144 under 2009). Vid 78 olika händelser etablerades samverkan mellan regional katastrofmedicinsk ledning och lokal katastrofmedicinsk ledning (sjukhusnivå). Vid 4 tillfällen har behov av samverkan funnits med primärvårdens särskilda sjukvårdsledning (jfr med 0 tillfälle under 2009). Vid 2 olika tillfällen har det funnits behov av PKL-aktivitet (jfr 7 under 2009) för handläggande av krisstöd dvs psykosociala insatser och vid 10 tillfällen har samverkan mellan den regionala katastrofmedicinska

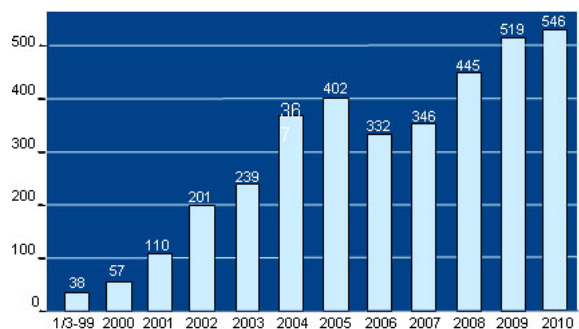
ledningen och kommunernas POSOM-grupper upprättats (1 tillfälle i Asien och 9 tillfällen i annat län). Annat landsting har kontaktats vid 29 tillfällen.

Lokal tjänsteman i beredskap har varit i kontakt med PKMC vid 76 olika tillfällen. I de flesta fall har det rört sig om "akutmottagningssvikt" på grund av vårdplatsbrist alternativt överbelastade akutmottagningar. Olika samverkande myndigheter var kontaktade vid 174 tillfällen. Naturhändelser har varit det vanligaste skälet till att upprätta en kontakt (56 tillfällen), följt av publika evenemang (36 tillfällen), polisiärt ärende (24 tillfällen), VGR-händelser (19 tillfällen) och MSB (18 tillfällen).

Inom ramen för avtalet med MSB om stöd vid medicinska frågor rörande verkets personal under utlandstjänstgöring kontaktade MSB:s operativa avdelning RTiB vid 8 olika internationella ärenden (jfr 4 under 2009). Handläggningstiden för fyra av dessa var över 4 timmar.

De olika sjukvårdsinrättningarna har varit föremål för kontakt och diskussioner vid 330 tillfällen och Socialstyrelsen samt smittskyddsenheten vid 31 respektive 15 tillfällen. Vid 16 olika tillfällen har specialister inom specifika kunskapsområden (neurologi, ortopedi, CBRN, m fl) kontaktats.

Antal registrerade händelser har ökat successivt under de senaste åren.



Fördelningen av händelser per veckodag under 2010 uppvisar en i stort sett oförändrad bild jämfört med tidigare år. Varje enskilt larm genererar i olika antal vidtagna åtgärder. Åtgärdernas antal och omfattning varierar utifrån händelsens karaktär, tillgång på resurser och dess geografiska plats. Tidsåtgången per åtgärd är också varierande beroende på innehåll och omfattning. Totala antalet

åtgärder/kontakter var under året 2 796 (jfr 2 569 år 2009). De vanligaste åtgärderna var information externt 469 (jfr 453 år 2009) och internt 761 (jfr 659 år 2009), strategisk planering 782 (jfr 700 år 2009). Kontakter togs bland annat med ambulans/ambulanschef i beredskap vid 343 tillfällen (jfr 144 år 2009), SOS Alarm 398 (jfr 396 år 2009), sjukvårdsinrättningar 330 (jfr 184 år 2009), specialist 16 (jfr 13 år 2009), sjukvårdsupplysningen 2 (jfr 1 år 2009), smittskydds-enheten 15 (jfr 26 år 2009) och annan VGR-enhet 102 (jfr 125 år 2009), beredskapssamordnaren 1 (jfr 4 år 2009).

RTiB var i kontakt med Socialstyrelsen vid 31 (jfr 23, 2009) tillfällen och med andra samverkande myndigheter vid 174 (jfr 165 år 2009) tillfällen. Exempel på samverkande myndigheter som RTiB kontaktat är polismyndigheten, länsstyrelsen, kommunal räddningstjänst, Förvarsmakten, kommunledning, centrala myndigheter m.fl. Vid 4 tillfällen förekom samverkan med "Tjänsteman i beredskap" i annat landsting på grund av händelsens karaktär och förlopp.

De väl upparbetade kommunikationsvägarna mellan olika aktörer och funktionen regional tjänsteman i beredskap är en viktig komponent till att adekvata åtgärder kan vidtagas och påbörjas utan onödig fördröjning. Generellt gäller att utan dröjsmål skapa förutsättningar för att, på rätt nivå och omfattning, aktivera den organisation och eventuella omDisposition som krävs för att optimalt kunna hantera den uppkomna situationen/händelsen. Vid händelser som är kända i förväg kan proaktiva åtgärder i form av planering och andra specifika förberedelser minska störningarna i den normala sjukvårdsproduktionen. Flertalet larm kommer från SOS Alarm, som också är den verksamhet som på uppdrag av andra myndigheter och organisationer söker RTiB via minicall. Vid ärenden av sekretesskaraktär kan den larmande myndigheten även larma RTiB via direkta nummer.

Den vanligaste larmorsaken var, som tidigare nämnts, trafikhändelse 173 (jfr 209 under 2009), en minskning i jämförelse med 2006-2009. I gruppen VGR-händelser 149 (jfr 110 år 2009) ingår bl.a. interna störningar ("sjukhusrelaterade störningar") som påverkat sjukvården, t ex CT ur

funktion, telestörningar m.m., vilka redovisas och analyseras i en separat rapport. Publika evenemang har ökat kraftigt till 81 tillfällen under 2010 (jfr 54 år 2009). Denna ökning är i linje med regionens strävan att bli säte för olika evenemang.

Sjukhusrelaterade störningar

Sjukhusrelaterade störningar är en ny företeelse inom regionen som engagerar PKMC. De första händelserna registrerades 2006 (4 tillfällen) och visade sig öka till över 60 tillfällen under 2008 och 71 år 2009. Vid årets genomgång noteras en ökning av dessa störningar till 117 tillfällen. Under året har störningar inom telenät och IT ökat markant jämfört med 2009.

Dessa händelser leder oftast till en omdirigering av ambulanser inom regionen och kan påverka beredskapen i stort, men även på lokal nivå påverkas det enskilda sjukhusets samt närliggande sjukhus kapacitet.

Frågor besvaras av Amir Khorram-Manesh
Docent, beredskapsöverläkare PKMC
amir.khorram-manesh@vgregion.se



Rapporten i sin helhet är utlagd på vår hemsida
www.vgregion.se/pkmc

TiB-verksamheten vid Alingsås lasarett

Alingsås lasarett har TiB-funktion sedan 1 februari 2010. Alla händelser utöver det vanliga, oavsett om det är internt eller externt, hanteras initialt av Alingsås-TiB. Exempel är tekniska händelser som stör verksamheten som el-, it/is- och vattenavbrott. Om inte Alingsås-TiB kan lösa händelsen själv vidarebefordras problemet till rätt funktion. Alingsås-TiB är behjälplig att ta reda på hur plats-situationen ser ut på sjukhuset. När något sjukhus vill ha hjälp av Alingsås lasarett med patientplatser kontaktas respektive bakjour.

Alingsås-TiB kan vid behov höja lasarettet till stabsläge. Vid medicinska händelser lämnas ärendet över till kirurgbakjouren som då tar över händelsen och bestämmer vilket beredskapsläge sjukhuset ska ha.

Från 1 mars 2011 består Alingsås-TiB av fem personer. Under mars månad kommer en ny säker-

hetssamordnare att börja på sjukhuset. Framöver kommer även denne att ingå i Alingsås-TiB. Samtliga har mycket god kunskap om lasarettet och har olika funktioner i den ordinarie verksamheten.

Alingsås-TiB har jour veckovis och uppdraget alternerar mellan de olika personerna. Överrapportering mellan olika Alingsås-TiB sker via sjukhusets egna loggbok.

Alingsås-TiB kontaktas via växel 0322-22 60 00 eller TiB-telefonen 0722-34 05 56.

Alingsås-TiB

Jörgen Andreasson, verksamhetschef akutkliniken

Yvonne Damm, katastrofsamordnare

Agneta Lundberg, avdelningschef IVA

Anders Dahlqvist, avdelningschef akuten

Elisabeth Ingemarsson, avdelningschef ITVA 80+



Lokala och regionala tjänstemän i beredskap



Idag har SU, Alingsås, SkaS, NU-sjukvården och SÅS inrättat funktionen lokal tjänsteman i beredskap.

Regional tjänsteman i beredskap, som enligt Socialstyrelsens föreskrifter skall finnas i varje landsting, infördes redan

1999 i Västra Götalandsregionen. Tjänsteman i beredskap (RTiB) skall vara landstingets larmväg in i organisationen.

Under två dagar i februari träffades sjukhusens lokala och regionala tjänstemän i beredskap.

Syftet med dessa möten är bland annat

- ökad personkännedom
- erfarenhetsutbyte
- verksamhetsutveckling
- kunskapsuppbyggnad

Ämnen som diskuterades under februarimötet var bland annat

- kapacitetsbrist inom sjukhusen
- larmrutiner
- presentation av pågående FoU inom PKMC
- planering inför publika evenemang
- prehospital triage vid stora skadeutfall

Nästa möte genomförs hösten 2011.

Frågor besvaras av

annika.hedelin@vgregion.se

Regional katastrofmedicinsk plan för Västra Götalandsregionen

Arbete pågår med revidering av den regionala katastrofmedicinska planen för Västra Götalandsregionen. Arbetet skall vara slutfört den 10 mars 2011. Den regionala katastrofmedicinska planen kommer därefter att skickas på remiss innan den kan godkännas av regionala kata-

strofmedicinska kommittén och därefter fastställas av regionstyrelsen. Den nu gällande planen fastställdes av regionstyrelsen den 17 juni 2008.

För ytterligare information, kontakta

gib.ahlen@vgregion.se

Mall för primärvårdens katastrofmedicinska beredskapsplan

För att underlätta för VG Primärvårds alla aktörer har ett arbete startat med att skapa en mall för en katastrofmedicinsk beredskapsplan. Primärvårdens representant i den katastrofmedicinska kommittén, Karin Rignér, och Agneta Nero vid PKMC har vid ett par tillfällen träffats och tillsammans utar-

betat ett förslag som skulle kunna vara till hjälp för den som skall skriva en plan eller för den som vill använda mallen som en checklista.

Målet är att mallen skall finnas tillgänglig på VG Primärvårds hemsida till hösten. Om intresse finns kommer PKMC även

att arrangera informationstillfällen som kommer att innehålla tips och förslag på hur man kan skriva en katastrofmedicinsk beredskapsplan.

Frågor besvaras av Agneta Nero Beredskapssamordnare PKMC

agneta.anderssonnero@vgregion.se

Projekt Mellanstad NU-sjukvården

Under våren 2011 kommer vi att genomföra Projekt Mellanstad inom NU-sjukvården. Projekt Mellanstad är en risk- och sårbarhetsanalys som analyserar den katastrofmedicinska förmågan.

Första gången som vi använde denna metod i Västra Götaland var vid Projekt Storstad 2007. Därefter har vi genomfört Projekt Mellanstad inom SÅS 2008 och SkaS 2009 och nu är det alltså NU-sjukvårdens tur.

Vi kommer att använda oss av samma scenario som vid tidigare analyser, dvs ett traumascenario och en C-händelse. Metoden som används är en förmågeanalys och är enligt Socialstyrelsens rekommendation lämplig att använda för att bedöma den katastrofmedicinska förmågan. Även denna gång kommer Kim Åkerman att leda analysarbetet.

Efter sommaren, när analysen är klar för NU-sjukvården, har vi en möjlighet att



bedöma den katastrofmedicinska förmågan för hela Västra Götalandsregionen.

Nästa steg i arbetet kanske blir att även genomföra analyser på andra sjukhus eller enheter som inte varit med tidigare. En annan fortsättning på arbetet kan bli att genomföra uppföljningar av tidigare genomförda analyser.

Att använda sig av denna metod för att analysera den katastrofmedicinska förmågan har visat sig vara framgångsrikt och resultatet av analysarbetet har använts på sjukhusen för att höja den katastrofmedicinska beredskapen.

Frågor besvaras av Agneta Nero
agneta.anderssonnero@vgregion.se
Beredskapssamordnare PKMC



Översyn av regionala sjukvårdsgrupper

Inom Västra Götalandsregionen har vi sedan 2006 en organisation för prehospitala insatser med bland annat regionala sjukvårdsgrupper.

Grupperna består av speciellt utbildade, tränade och utrustade läkare och sjuksköterskor. Dessa kan sändas ut från de flesta av våra akutsjukhus. Avsikten är att i första hand kunna erbjuda förstärkning på skadeplats.

PKMC ansvarar för utbildning, träning, utlarmning, transporter och eventuella förläggningar av sjukvårdsgrupperna.

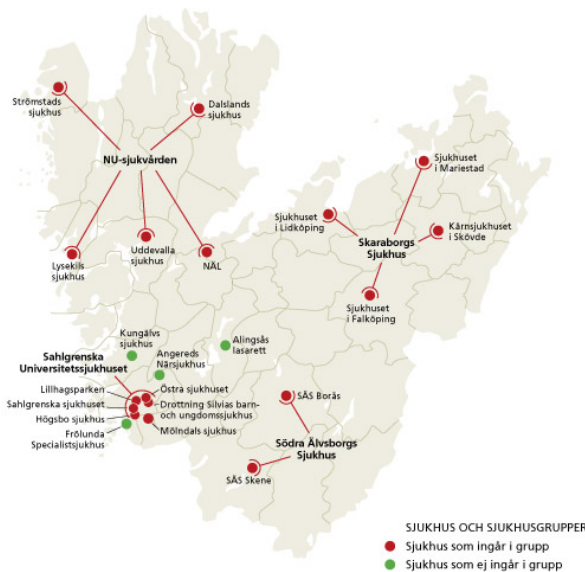
Grupperna larmas ut efter följande förutbestämda kriterier:

- Händelser med stort skadeutfall eller hot om stort skadeutfall
- Långdragna räddningsarbeten
- Evakuering
- Stora publika evenemang med hög hotbild
- Andra allvarliga händelser

Utöver regional sjukvårdsgrupp fanns tidigare även lokal sjukvårdsgrupp vid flera av regionens akutsjukhus.

Vid Skaraborgs sjukhus finns organisationen kvar med benämningen prehospitalt akutlag. Prehospitalt akutlag larmas ut efter särskilda larmkriterier av ambulanssjukvår-

den eller av annan sjukvårdsgrupp och har kommit att användas relativt frekvent. Denna lokala sjukvårdsgrupp har larmats ut från Skaraborgs sjukhus i genomsnitt en gång per månad.



Bland övriga landsting har några reducerat antalet regionala sjukvårdsgrupper eller förändrat kriterierna för utlarmning. Akutläkare används ofta i sjukvårdsgrupp där sådan specialistkategori finns att tillgå.

I något fall finns specifik sjukvårdsgrupp för katastroflarm till exempel från en flygplats.

Det faktum att de regionala sjukvårdsgrupperna sedan tillkomsten i slutet av 2006 aldrig har använts skarpt inom Västra Götalandsregionen har, tillsammans med delvis ändrade författningsförut-

sättningar, gett oss anledning att se över upplägget hos oss.

Någon form av förstärkningsresurs på skadeplats med bästa möjliga prehospitala erfarenhet bedöms som rimlig.

Den enda större grupp av regiontäckande sjukvårdspersonal med prehospital erfarenhet finns inom ambulanssjukvården. Kompetensnivån inom ambulanssjukvården har dessutom på senare år höjts avsevärt i och med att sjuksköterska placerats i varje ambulans. Ambulansläkare finns dessutom vid vissa av akutsjukhusen liksom i ambulanshelikoptern.

Därtill finns ytterligare några resurser primärt avsedda för andra ändamål som bedöms kunna inkluderas i ett nytt upplägg.

En mindre arbetsgrupp med representanter från ambulanssjukvården, sjukvården (framför allt sjukhusen) och lokal katastroforganisation har fått i uppdrag att titta närmare på nuvarande upplägg med inriktning på revision och reduktion av antalet inblandade.

Förslag beräknas komma inom kort.

Frågor besvaras av Martin Wahl martin.wahl@vgregion.se
Regional beredskapsöverläkare

Uppdatering av PKMC:s ledningsplats

Västra Götalandsregionen har genom åren drabbats av en rad allvarliga händelser som ställt krav på en effektiv regional katastrofmedicinsk ledning. PKMC svarar för den katastrofmedicinska ledningen på regional nivå. I PKMC:s lokaler på Svangatan finns inrymt ett stabsrum som används för ledningsfunktionen vid större händelser. Inträffade händelser har medfört att vi tagit lärdom och utvecklat rummets funktionalitet.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) stödjer landstingen med rådgivning och ekonomiska bidrag till olika tekniska åtgärder som kan vidtas för att stärka den regionala ledningsförmågan. MSB och PKMC har inventerat nuvarande förutsättningar för en effektiv ledningsfunktion, vilket resulterat i ett åtgärdsförslag.

Huvuddelen av åtgärderna rör stabsrummet, men även tre sammanträdes-/konferensrum berörs. Åtgärdsförslaget omfattar bland annat:

- Lokaldispositioner; vissa ombyggnader av lokaler

- Förstärkning av den tekniska infrastrukturen; lokaler, elförsörjning, IT-anslutningar
- Teknisk plattform för kommunikation; satellittelefoni, videokonferenssystem, RAKEL
- Teknisk plattform för beslutsstöd; Här sker de största förändringarna. Ett nytt visualiseringssystem inrättas med en presentationsvägg med 10 LCD-skärmar, videoprojektorer, högtalarsystem, dokumentkameror, interaktiva whiteboards. Systemet möjliggör även överföring till enheter i andra lokaler och även till sjukhus med motsvarande utrustning.

Totalkostnaden har av MSB beräknats till knappt 2,7 mkr, varav MSB bidrar med 50 %. Resterande 50 % svarar regionen för.

Arbetet skall påbörjas inom kort och skall vara avslutat före midsommar.

Frågor besvaras av birger.kollberg@vgregion.se

Exempel från Räddningstjänsten i Storgöteborg



Stabschef Håkan Hermansson demonstrerar hur man arbetar interaktivt med SmartBoard och övervakningsvägg vid Räddningstjänsten i Storgöteborg

Utbildningar och övningar

Ny utbildning

Dokumentation/administration vid stabsarbete

Sedan 2008 har PKMC satsat på olika stabsutbildningar:

- Lednings- och stabsmetodik – grundkurs
- Beslutsfattande och ledarskap under stress – fortsättningskurs
- Stabschefsutbildning

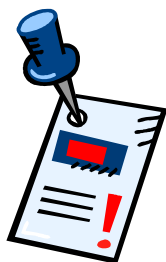
Utbildningarna har haft närmare totalt 300 deltagare. Även under 2011 fortsätter

PKMC:s satsningar på dessa utbildningar. Lärare vid samtliga utbildningar är Tomas Kristiansson, Ledarskap och utveckling.

Det har framförts behov av en riktad utbildning till dem som svarar för dokumentation och administration vid stabsarbete. PKMC anordnade två pilotutbildningar i början av februari. Intresset för utbildningarna

var mycket stort och anmälningarna översteg platsantalet. PKMC kommer att anordna ytterligare två utbildningstillfällen under hösten. Datum för dessa blir 27 respektive 28 september.

Frågor besvaras av birger.kollberg@vgregion.se



HMIMMS kursbok på svenska

Slutrevision av boken är i det närmaste klar och beräknas kunna lämnas för tryckning under mars månad.

Utbildningsplatser kvar våren 2011

Kurs	Kurstid
Stabschefsutbildning, Varberg	9-10 maj
MIMMS 1 dag	7 juni
Lednings- och stabsmetodik - grundkurs	2 maj
Lednings- och stabsmetodik - grundkurs	3 maj
Katastrofmedicinsk beredskap – grundkurs	3 maj
<i>Där inget annat anges genomförs kursen på PKMC i Göteborg</i>	



Är du intresserad, skicka din anmälan till anne-marie.engstrom@vgregion.se



SAMÖ-KKÖ 2011

SAMÖ-KKÖ 2011 är en nationell samverkansövning för att pröva samhällets förmåga att hantera konsekvenserna på kort och lång sikt av en kris orsakad av en kärnteknisk olycka med radioaktivt utsläpp. Scenariot utspelas i Kalmar län och simulerar händelser som är så omfattande att flera olika nivåer i samhället påverkas över ett stort geografiskt område på såväl lokal som regional och central nivå. Förutom det radioaktiva utsläppet från kärnkraftverket i Oskarshamn ingick inspel i form av störningar av andra viktiga funktioner i samhället såsom elförsörjning, transporter och ekonomi.

Under perioden 2 februari - 7 april 2011 genomförs SAMÖ-KKÖ 2011 som är uppdelad i tre olika skeden.

Skede 1

2-3 februari 2011

Akut hantering av olyckan

Skede 1 genomfördes i realtid, dygnet runt och skulle pågå mellan 36 – 48 timmar, omfattande den akuta fasen och hanteringen av olyckans inledande förlopp.

I den akuta fasen av det radioaktiva utsläppet ställdes mycket stora krav på berörda organisationers förmåga att hantera händelseutvecklingen i syfte att skydda människors liv och hälsa samt eliminera skadorna av utsläppet.

Utvärdering av Socialstyrelsens krisledningsorganisation

Förutsättningarna för utvärderingen var att observera Socialstyrelsens krisledningsorganisationens förmåga att hantera scenariot utifrån den roll Socialstyrelsen innehar som sektorsansvarig myndighet för de fyra sektorerna hälso- och sjukvård, socialtjänst, smittskydd och hälso- skydd.

Samtliga personer ingående i krisledningsorganisationen

Skede 2

11 feb-23 mars 2011

Långsiktig krishantering för att återställa samhället

hade tidigare genomgått en gemensam grundläggande och kompetenshöjande utbildning i stabsmetodik. Övningen genomfördes som träning och övning av operativ chef (OC), stabschef (SC) samt de fyra funktionerna (administration, analys, kommunikation och samverkan) vilka ingår i förslaget till Socialstyrelsens nya krisledningsorganisation.

Konsekvensanalyser av händelsens olika skeden gjordes kontinuerligt. Samordning och samverkan med flera landsting och andra myndigheter skedde fortlöpande utifrån scenariots utveckling och händelseförlopp. Likaså informerades Förvars- och Socialdepartementen löpande om händelseutvecklingen i enlighet med vedertagna planer och rutiner.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) kommer att sammanställa samtliga utvärderingar från skede 1-3 i en gemensam slutrapport. Information om SAMÖ-KKÖ

Skede 3

6-7 april 2011

Långsiktig krishantering för att återställa samhället

2011 återfinns på MSB:s hemsida, www.msb.se

Reflektioner på en nationell stabsmetodik

Tomas Kristiansson, som är välkänd för oss i Västra Götalandsregionen, har genomfört utbildningar i stabsmetodik för såväl Socialstyrelsen som andra centrala myndigheter och PKMC. Kommunikationen mellan olika myndigheters staber under en pågående kris underlättas av en gemensam grundsyn och arbetsmetodik för hur arbetet i en stab skall bedrivas. Likaså minskas risken för att missförstånd och felaktiga beslut fattas under stress. Under den akuta fasen och hanteringen av olyckans inledande förlopp blev detta mycket tydligt när 66 deltagande organisationer övade i skede 1 av SAMÖ-KKÖ.

För ytterligare information, kontakta Gib Åhlén, gib.ahlen@vgregion.se

Kvartalsporträttet

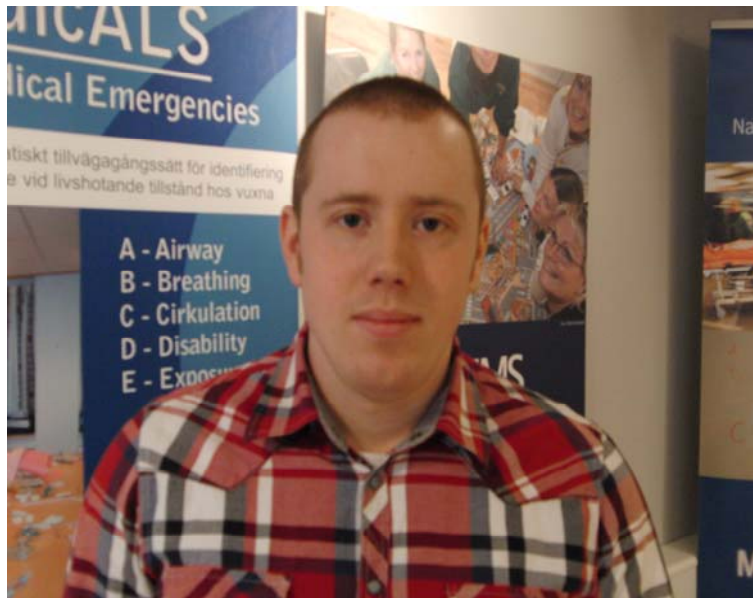
Jonas Hallbom, praktikant på PKMC

Mitt namn är Jonas Hallbom och jag praktiserar för närvarande vid PKMC som en avslutande del av min utbildning vid Umeå Universitet.

Ursprungligen kommer jag från Luleå där jag har växt upp. Några år efter avslutad gymnasieutbildning och värnplikt bestämde jag mig för att börja studera varför jag sökte mig till Umeå Universitet som tillhåll för utbildningar jag var intresserad av.

Jag inledde mina universitetsstudier med det treåriga programmet för internationell kris- och konflikthantering som behandlar frågeställningar som "hur uppstår nationella och internationella kriser och konflikter" och "hur kan de hanteras genom olika insatser och motåtgärder". Utbildningen riktar både mot kriser som orsakas av naturkatastrofer och andra förändringar i människors livsvillkor t. ex kriser och konflikter som är politiskt, ekonomiskt och militärt betingade. Tyngdpunkten ligger på kris- och konflikthantering och en stor del går åt till att identifiera, strukturera och analysera kriser och konflikter genom olika perspektiv.

Efter erhållen kandidatexamen ville jag gärna fortsätta utforska ämnesområdet eftersom jag tycker det är så intressant. Därför sökte jag in på det statsvetenskapliga masters-



programmet i krishantering och fredsbyggande vid Umeå Universitet. Programmet är en fördjupning i nationell och internationell kris- och konflikthantering där man genom metodiska angreppssätt och aktuella teorier analyserar och planlägger för hantering av kriser, konflikter, katastrofer och post-konfliktsituationer.

Man skulle kunna fråga sig varför någon med min bakgrund söker sig till PKMC och vad en statsvetare med inriktning på kris- och konflikthantering kan bidra med till en organisation som PKMC? Det är nämligen så att katastrofmedicin och katastrofhjälp i allmänhet är verksamheter som kan ställas inför så komplexa och svårhanterliga situationer att det nästintill är omöjligt att föreställa sig mer utmanande uppgifter. För att kunna be-

möta så svåra och krävande situationer krävs det ofta att kunskaper från flera olika områden samverkar och samarbetar för att kunna hantera den uppsjö av utmaningar man står inför.

Anledningen till att jag sökte praktik på just PKMC är helt enkelt att jag tycker enheten ansvarar för ett intressant och viktigt område i Västra Götalandsregionen som i sig är en intressant organisation. Jag trivs väldigt bra på min praktikplats och har bland annat bistått med revideringen av den katastrofmedicinska planen samt kommit till insikten att arbetslivet verkligen kan vara lika intressant som universitetsvärlden.

Vill du veta mer, kontakta jonas.hallbom@vgregion.se



Myndigheten för
samhällsskydd
och beredskap



**Hanteringen av influensa A(H1N1) 2009 utvärderad:
Beredskapen i Sverige var bra – men det finns mycket att lära**

Sverige var väl förberett för att möta en allvarlig pandemi, men det finns mycket att lära från hanteringen. Det visar den utvärdering som Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) och Socialstyrelsen gjort i samverkan med Smittskyddsinstitutet på uppdrag av regeringen.

Den nationella pandemiplanen byggde på en allvarligare händelseutveckling än vad som blev fallet, men belastningen på hälso- och sjukvården blev ändå större under pandemin än under en vanlig säsongsinfluensa. Antalet influensapatienter inom öppen- och slutenvården var flerdubbelt jämfört med föregående säsongsinfluensa och intensivvården belastades hårt av patienter med svår virusorsakad lunginflammation.

Sverige lyckades i huvudsak väl med hanteringen av pandemin och massvaccinationskampanjen bedrevs relativt snabbt och effektivt, även om många delar kan utvecklas och förbättras. En framgångsfaktor var nationell, regional och lokal samordning och upparbetade nätverks- och arbetsgrupper. Engagemang och lojalitet hos personal som nationellt, regionalt och lokalt varit involverad i arbetet bidrog starkt till att det fungerade så bra.

- En viktig fråga att ställa sig är vilken beredskap Sverige ska ha inför allvarliga hälsohot? Hur ska resurser prioriteras och fördelas, som till exempel läkemedel, vaccin, vårdplatser, personal, kommunikation och övervakningssystem? Alla delar är viktiga för att hindra och minska effekterna av ett hälsohot, men om vissa resurser är begränsade så måste det ske en prioritering av dessa, säger Anders Tegnell, chef avdelningen för kunskapsstyrning vid Socialstyrelsen.

Utvärderingen visar också att kommunikationsuppgiften blev mer resurskrävande än vad många aktörer planerat för, men har trots allt fungerat i huvudsak bra. Några målgrupper nåddes inte tillräckligt bra av myndigheternas kommunikationsinsatser. En särskild utmaning är att nå unga vuxna och människor med annat modersmål än svenska.

- En av de viktigaste lärdomarna är att pandemiberedskapen har stärkts av händelsen, men att det är viktigt att de som ansvarar för samhällsviktig verksamhet fortsätter att planera för att kunna hantera stora personalbortfall, både i egen verksamhet och i verksamhet som de är beroende av, säger Helena Lindberg, generaldirektör Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB).

Utvärderingen indikerar att konsekvenserna på samhällsviktiga verksamheter på grund av den nya influensan A(H1N1) 2009 var obetydliga. Sannolikt beror detta på att pandemin var av mild karaktär och förhållandevis få personer fick vara hemma från arbetet på grund av sjukdom.

- För att kunna hantera en pandemi är det viktigt att kunna följa, övervaka och analysera pandemins konsekvenser på olika områden, säger Johan Carlson, generaldirektör för Smittskyddsinstitutet.

Ett utbyggt datasystem där man kan följa smittspridningen på befolkningsnivå fanns bara i Stockholm. Övervakning av belastningen på sjukhus saknades i stort sett och någon möjlighet att nationellt följa belastningen på intensivvården fanns inte alls.

För mer information:

MSB:s presstjänst, tfn 070-321 88 74

Socialstyrelsens presstjänst, tfn 075-247 30 05

SMI:s kommunikationsenhet, Fredric Ripe, tfn 08-457 37 05

[Rapporten kan laddas ner som pdf-fil från MSB:s webbplats »](#)

Rapporter och andra lästips



"Lessons learned" från olika terrorsscenarioer Rapport från det årliga mötet i Köln den 21-23 januari 2011

På initiativ av BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung), projektnätverket VoTeKK (beredskap av sjukvård och räddningsstyrkor inför terroristattacker, katastrofer och kriser, www.votekk.de) anordnades ett möte för att dela erfarenheter om olika terroristaktioner från olika delar av världen. Mötet ägde rum i anslutning till AGNNW:s (Arbeitsgemeinschaft Notärzte in NRW) årsmöte med stöd av dess styrelse och internationella talare. Under första dagen, vid ett icke-offentligt rundabordssamtal, diskuterades tillsammans med media olika aspekter av terroristattacker och dess inverkan på europisk säkerhet. Senare under dagen rapporterade den internationella expertgruppen om sina länders erfarenheter från verkliga händelser. Rapporteringen innehöll lärdomar och beskrivning av de eventuella misstag man gjort i sin hantering av situationen.

Deltagarna i mötet, som planerades för första gången i Tyskland, kom från olika samverkande organisationer i Tyskland (räddningstjänsten, polisen, hjälporganisationer, militären, sjukvård, civilförsvaret och universitet med forskning inom området). Man diskuterade potentiella konsekvenser av terroristattacker, utbildning, beredskap och samarbete mellan olika organisationer under rubriken utmaningar i ledarskap och beredskap inför terroristattacker, viktiga aspekter av ledarskap, beredskap och kommunikation jämte säkerhet i samband med attackerna i Madrid, London, Israel och Stockholm.

De inbjudna talarna som medverkade var Dr Fernando Turégano-Fuentes från Madrid, Bob Dobson och Mick Massey från London, Dr Eran Talellor från Haifa, och Dr Amir Khorram-Manesh från PKMC, Västra Götalandsregionen. Temat var Multiagency aspekter, speciellt sjukvårdens roll, i Madrid, London, Mumbai, bombattentat i Israel och Stockholm. Mer information hittar du på webbsidan http://www.agnnw.de/web/cms/front_content.php?idcat=53

Frågor besvaras av Amir Khorram-Manesh
Docent, beredskapsöverläkare
amir.khorram-manesh@vgregion.se





FLISA:s vårmöte 2011

Vårens temadag ägde rum den 7-8 februari i Långholmens konferensanläggning, Stockholm. Ett flertal intressanta ämnen togs upp under dessa två dagar.

Det mest aktuella ämnet var frågan om vilka triage- och prioriteringssystem som skall kunna användas i framtiden. Några deltagare exemplifierade sina tankar och berättade om egna erfarenheter. Behovet av forskning och vetenskapliga aktiviteter kring detta poängterades.

En hel del tid gick åt att diskutera avvikelserapporteringar och de system som används för detta. En del kunde berätta om sina erfarenheter av media och den granskning man hade gått igenom. Ett nationellt och gemensamt

system för avvikelshantering är önskvärt.

I ett senare inlägg diskuteras hur man arbetar systematiskt med riskanalyser när man introducerar värdkedjor eller en ny oprövad teknik. Bland andra berättade Borås om sitt sätt att hantera denna fråga.

Första dagen avslutades med en kort föreläsning om ledarskap hos masaierna i Tanzania. Det finns likheter i deras sätt att agera som ledare med vad som lärs ut idag till nya ledare i industriländerna.

Andra dagen handlade i stort om luftburen ambulanssjukvård. Behov av helikopter och regional eller nationell flotta diskuterades. Genomgång av den nya utredningen och

behovet av en nationell bolagisering som den i Norge diskuterades.

Ett intressant ämne var arbetstiderna inom luftburen ambulanssjukvård. I detta sammanhang var en pilot, verksam inom ambulansverksamheten, inbjuden och svarade på frågor kring arbetstid och avvikelserapporteringar.

Mötet avslutades genom att identifiera några viktiga punkter i denna tvådagars sammankomst och även informera om den kommande FLISA-kongressen i september som hålls i Gävle.

Amir Khorram-Manesh
Docent, beredskapsöverläkare
amir.khorram-manesh@vgregion.se



Seminarium 10 februari 2011

Akuta riktvärden och spridningsmodeller

Arrangör: Kunskapscentrum för Katastroftoxikologi (KcC) i samarbete med FOI och IMM (Institutet för Miljömedicin KI).

Medarrangörer: Socialstyrelsen och Svensk Förening för Toxikologi

Mötet arrangerades som endagsmöte under den årstid då SJ:s förbindelser uppenbarligen är som sämst. Trots start med fakirtåget från Göteborg blev ankomsten så pass försenad att halva mötet redan passerat. Detsamma gällde hemresan då vädervarning klass två gällde för Stockholmsområdet!

De två för mig kvarvarande föredragen blev härmed något ryckta ur sina sammanhang men kan sammanfattas nedan:

Spridningsmodeller för kemiska massexponeringar

Lennart Thaning, meteorolog, CBRN-skydd och säkerhet, FOI

Modellkedjor för spridning beskrevs liksom modeller för beräkning av effekter. Oftast faller dessa dock på att källans utseende sällan är känd vid C-händelser.

Olika skalor/nivåer finns för att studera/beräkna effekter men för C-händelser riktas huvuddelen av intresset mot den lokala skalan. Därmed räcker det i de flesta fall med relativt enkla indata för att kunna beräkna skador. Trots detta är tiden för att genomföra beräkningar oftast relativt lång vilket skall ställas mot att åtgärdsfasen vanligtvis ligger inom 30 minuter. Resterande tid är vanligen efterarbete. I akuta situationer blir därför modellberäkningar orimliga och man hänvisas oftast till mallar och tumregler för beräkning av riskområden. Dessa baseras i sin tur vanligen på ett stort antal beräkningar, fältförsök och erfarenhet. Mallarna görs sedan skalbara med hänsyn till bl a vindriktning, källstyrka, vindhastighet och vädertyp.

FOI kan vara behjälpliga vid framtagande av beskrivna spridningsmallar/modeller.

Riskanalys och fysisk planering

Kurt Petersen, professor, Avd för brandteknik och riskhantering, Lunds Universitet

Risker kan

- beskrivas
- rangordnas kvalitativt
- rangordnas kvantitativt
- kvantifieras i skalmodell

Vilken modell som bör användas är beroende av vad man vill veta.

Såväl sannolikhet som konsekvens kan rangordnas på dessa sätt och t ex presenteras i tabellformat som exempelvis riskmatris.

Vissa länder har "acceptanskriterier" men så ej Sverige.

Rangordning av risker är grunden för RSA-analys och förmågebedömning och såsom även grunden till åtgärdsförslag. Sverige bedöms ligga mycket långt framme på området.

I processen angavs transparens som viktigaste ingrediens inte minst för att efter inträffad händelse kunna bedöma vilka värsta scenarios och värsta troliga utfall som analyserats under processen.

Hur många hade rimligen inkluderat "11 septemberhändelsen" som scenario och än mindre beräknat utfall för densamma?

Seminarier i sin helhet med PowerPoint-presentationer ligger ute på www.imm.ki.se/katastroftox.htm

Frågor besvaras av Martin Wahl, martin.wahl@vgregion.se
Regional beredskapsläkare, PKMC

Aktuellt från Försvarmakten

Verksamheten inom försvarmaktens sjukvård arbetar i två olika tidsperspektiv; kortsiktigt att försöka optimera omhändertagandet av skadade under den pågående NATO-ledda insatsen i Afghanistan, långsiktigt att bygga upp ett helt nytt sjukvårdssystem. Sedan förra sommaren har Sverige som bekant gått från ett värnpliktssystem till att enbart ha fast anställd personal. Exakt hur detta skall appliceras på sjukvårdspersonalen i Försvarmakten är fortfarande oklart med hänvisning till växeljämsgöring etc.

Anpassningen till NATO har gjort att man släppt den gamla fixeringen av "the Golden hour" – en tidsgräns för vilken det inte finns något som helst vetenskapligt stöd. Genomgång av litteraturen avseende stridsskadade har istället lett fram till en doktrin med tidsgränser satta till 10-1-2. Detta skall utläsas som 10 minuter till hjälp från stridskamrat/stridssjukvårdare, 1 timme till påbörjad avtransport och 2 timmar till definitiv vård.

Förutom de avsnörande förbanden ("tourniquet") som funnits under längre tid, har alla soldater i Afghanistan också tillförts aktiva hemostatiska förband. Vidare uppträder nu den "kirurgiska enhet" (FKF) som tidigare var "fastlåst" i förberedda containers, på ett mycket mer rörligt sätt och är nu tältbaserad. Namnet har också ändrats från FKF (Framskjuten kirurgisk förmåga) till FRC (Forward resuscitation capability). FRC kan uppträda med eller utan kirurgisk förmåga. Detta är den enhet där man kan börja infusion av blod och plasma samt genomföra mer avancerade åtgärder för att säkra en hotad luftväg etc. Har man kirurgisk förmåga kan också Damage control-ingrepp utföras. Huvudprincipen är dock fortsatt att prioritera en

snabb transport till det tyska fältsjukhuset i anslutning till flygbasen i Mazar-e-Sharif. Förutsättningarna för detta har dock förbättrats i och med att USA baserat helikoptrar i området. Från och med april skall även Sverige ha ambulanshelikoptrar i området.

Vad gäller sjukvårdssystemet som helhet sker en gradvis anskaffning av nya "fältsjukhus". Den tekniska nivån på dessa motsvarar (eller överstiger) i princip vilket svenskt civilt sjukhus som helst. Nästa utmaning blir att tillföra CT till utrustningen. Containerbaserade varianter av detta finns redan tillgängliga på marknaden. Även den prehospitala vården är föremål för översyn. Syrgas kommer att fortsatt finnas i ambulanserna, men den bärbara utrustningen avvecklas. Nästa steg blir att avgöra om man verkligen behöver gas på flaska eller kan nöja sig med syrgas-koncentrator, både i fordon och på sjukhus. Rutinerna för vätskebehandling i samband med trauma är också föremål för översyn – mycket talar för att rutinmässig tillförsel av intravenös vätska på sikt kommer att avvecklas. Det största problemet är snarast att få civilt rutinerad personal att "tänka om" i detta avseende.

Vad gäller utbildningsmöjligheter öppnas nu också Kapstaden (Grote Schuur) upp för kirurger och narkosläkare. Diskussioner har också förts med företrädare för ambulanssjukvården att starta ett spår omfattande akutbilar, helikopter och ambulansflygplan.

Sammanfattningsvis sker en fortsatt snabb utveckling och omställning av Försvarmaktens sjukvård.

Per Örtenwall, per.ortenwall@vgregion.se
Beredskapsöverläkare PKMC



Lästips



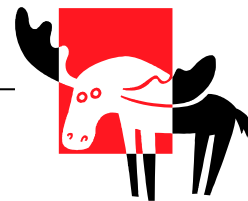
Nya befälskläder, se Brandscoopet nr 1/2001, utgiven av Räddningstjänsten Storgöteborg



*"Att vara ambulansförare är ett ansvarsfullt göra
Många gamla skall ni till lasarettet föra
I trappa får ni bära både gamla och unga
Många äro lätta, andra så tunga
Ett tack för er vänlighet sällan vi ger
Vi äro så sjuka, vi knappast er ser
Många timmar av sömnen ni ock får försaka
En slant till några jordgubbar kanske kunde smaka"*

Patienten

Källa: Ambulanssjukvården i Lidköping 1951, från ett gammalt arkiv



Litet kuriosas
från Primärvården Södra Älvsborg

Mindre katastrof på Dalsjöfors vårdcentral, incident med älg 2010-09-08

Förlopp: Patient hos sjukgymnast såg genom fönstret hur en älg passerade över ett grönområde i anslutning till vårdcentralen. Älgen gick igenom en glasruta på vårdcentralen och kom in i en korridor, vidare genom ytterligare en glasruta och kom ut på en innegård/uteplats.

Personal på apoteket och folktandvården larmade via 112. Omkringliggande lokaler utrymdes och polisen spärrade av in- och utgångar varpå älgen avlivades.

Händelsen fick stor uppmärksamhet i media då såväl kommunens personal på korttidsboendet i fastigheten som privatpersoner skickade sms och filmer tagna med mobilkamera till pressen. Uppmärksamheten från media upplevdes som jobbig av övrig personal på vårdcentralen.

Efteråt gick jag runt till berörda enheter för samtal angående det som hade hänt för att de skulle få prata av sig.

Marie-Louise Johansson
Verksamhetschef
Dalsjöfors vårdcentral"