

Socialstyrelsens risk- och sårbarhetsanalys 2015

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer 2015-11-4
Publicerad www.socialstyrelsen.se, november 2015

Förord

Socialstyrelsen genomför årligen en risk- och sårbarhetsanalys (RSA) av myndigheten och dess ansvarsområde i syfte att stärka vår egen och samhällets krisberedskap. Socialstyrelsen är en statlig förvaltningsmyndighet vars uppdrag är att verka för en god hälsa och social välfärd samt för omsorg och vård av hög kvalitet på lika villkor för hela befolkningen. Socialstyrelsen har en bred nationell roll som kunskapsutvecklande myndighet.

Socialstyrelsens krisberedskapsarbete ingår i det nationella systemet för krishantering. Myndighetens arbete med krisberedskap inom vård och omsorg ska bidra till att minska konsekvenserna av allvarliga händelser för samhället.

Socialstyrelsen har i sitt regleringsbrev för 2015 från regeringen i uppdrag att i arbetet med 2015 års risk- och sårbarhetsanalyser särskilt beakta och analysera informationssäkerhet inom myndigheten och ansvarsområdet. Informationssäkerhetsuppdraget redovisas som en särskild bilaga till risk- och sårbarhetsanalysen.

Rapporten har utarbetats av Tord Forsner, Annika Ström, Lennart Engblom, Karin Hermansson och Margareta Palmquist. Ansvariga chefer har varit krisberedskapschef Johanna Sandwall och stabschef Annika Nordlander Finn.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	9
Beskrivning av uppdraget.....	9
Socialstyrelsen och dess ansvarsområde	13
Samhällets krisberedskapssystem	13
Verksamheter inom Socialstyrelsens ansvarsområde	16
Arbetsprocess och metod	21
Metod	21
Avgränsningar	23
Sekretess	25
Samhällsviktig verksamhet inom Socialstyrelsen och inom vård och omsorg	26
Samhällsviktiga verksamheter.....	26
Samhällsviktiga verksamheter ur ett krisberedskapsperspektiv.....	26
Samhällsviktig verksamhet inom Socialstyrelsen	27
Samhällsviktig verksamhet inom hälso- och sjukvården.....	29
Samhällsviktig verksamhet inom hälso- och sjukvård på nationell nivå	31
Samhällsviktig verksamhet inom socialtjänsten och kommunal vård och omsorg	34
Identifierade kritiska beroenden inom samhällsviktig verksamhet	36
Ökad komplexitet och beroende förhållanden i samhället.....	36
Beroende av teknisk infrastruktur.....	38
Kritiska beroenden inom Socialstyrelsen	41
Identifierade och analyserade hot och risker	43
Identifierade riskområden.....	44
Bedömning av Socialstyrelsens generella krisberedskap	53
Bedömning av Socialstyrelsens generella krisberedskap	53
Ändamålsenlig krisledningsorganisation.....	53
Identifierade sårbarheter och brister i krisberedskap inom myndigheten och inom vård och omsorg	58
Konsekvenser av allvarliga störningar	58
Identifierade brister inom hälso- och sjukvård	59
Identifierade brister inom socialtjänsten	61
Sårbarheter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst	64
Genomförda, pågående och planerade åtgärder	68
Planerade och genomförda åtgärder för Socialstyrelsen	68

Planerade och genomförda åtgärder i landstingen.....	70
Planerade och genomförda åtgärder för socialtjänsten	73
Socialstyrelsens åtgärdsförslag för att stärka socialtjänstens krisberedskap	73
Bilaga 1. Redovisning av informationssäkerhet i enligt med regleringsbrev för 2015.....	80
Referenser	91

Sammanfattning

Utifrån resultatet av årets risk- och sårbarhetsanalys är bedömningen att Socialstyrelsen har en god krishanteringsförmåga. Myndigheten bedömer sammanfattningsvis att förmågan att motstå och hantera allvarliga händelser har stärkts sedan föregående års rapportering. Myndigheten har de senaste åren genomgått förändringar i ansvarsförhållanden till följd av regeringens reformering av myndighetsstrukturen. Exempelvis har ansvaret för smittskyddsfrågorna flyttats till Folkhälsomyndigheten. Oberoende av verksamhetsövergångar har Socialstyrelsen upprätthållit en god krishanteringsförmåga med en övad och utbildad krisledningsorganisation.

Socialstyrelsen kommer att, inom sitt ansvarsområde, fortsätta bidra till utveckling av ett välfungerade system för kunskapsstyrning inom katastrofmedicinsk beredskap och socialtjänstens krisberedskap.

Landstingen arbetar systematiskt med identifiering av samhällsviktig verksamhet. RSA-arbetet bedrivs i huvudsak med utgångspunkt från lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och förhöjd beredskap och Myndighetens för samhällsskydd och beredskaps föreskrifter (MSBFS 2015:4) om landstingens risk- och sårbarhetsanalyser. Utifrån ovanstående bakgrund är därför risk- och sårbarhetsanalysen främst en analys av kritiska beroenden inom landstingens grundläggande krisberedskap och inte en analys av landstingens katastrofmedicinska beredskap.

Landstingens krisberedskap har en rad kritiska beroenden. Vissa kritiska beroenden är särskilt betydelsefulla för landstingens förmåga att omhänderta drabbade vid en allvarlig händelse, exempelvis tillgång till el, vatten, transporter och personal. Socialstyrelsens bedömning är att störningar i dessa kritiska beroenden får konsekvenser på samhällsviktiga verksamheter inom vård och omsorg. Läkemedelsförsörjningen i Sverige ter sig sårbar. Någon tydlig och samordnad bild över hur landstingen upprätthåller en nödvändig tillgång till läkemedel och sjukvårdsmateriel saknas.

I Sverige har antalet vårdplatser per invånare minskat de senaste åren och därtill redovisar landstingen svårigheter med att säkerställa personalförsörjning och bemanning av katastrofmedicinska nyckelfunktioner. Landstingens samlade resurser utnyttjas även i allt högre grad, och därför finns det begränsade möjligheter till omfördelning och prioritering i samhällsviktiga verksamheter vid en allvarlig händelse. Vid allvarliga händelser med stort skadeutfall kan behovet av vårdplatser säkerställas först efter ett omfattande omdisponeringsarbete, som innebär prioritering av vårdplatser, intensivvårdsresurser och postoperativa vårdplatser vilket kräver medicinska- och etiska ställningstaganden.

Socialstyrelsen bedömer att hälso- och sjukvårdens grundläggande krisberedskap kan förbättras framför allt när det gäller att säkerställa personalförsörjning, tillgång till särskild sjukvårdsmateriel och läkemedel samt inkludera krisberedskap i avtal om leverans av varor och tjänster. Slutsatsen är ändå att det pågår ett fortsatt positivt åtgärdsarbete i landstingen för att stärka krisberedskapen.

Inom socialtjänstområdet lyfter Socialstyrelsen i denna rapport åtgärdsbehov inom områdena kontinuitetsplanering, kommunikation, samverkan och övning. Kommunerna behöver säkerställa att samhällsviktiga verksamheter inom socialtjänsten har förutsättningar att fortsätta bedrivas med god kvalitet även vid en allvarlig händelse. Detta gäller såväl planering av personella resurser som avtal om reservkraft och evakueringslokaler för den samhällsviktiga verksamheten. I dagsläget har stora delar av socialtjänsten i landet en ansträngd personalsituation med hög personalomsättning och svårigheter att rekrytera personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Den pågående situationen med en stor ökning av antalet ensamkommande barn belastar socialtjänstens resurser ytterligare. När det gäller kommunikation är det viktigt att det finns en tydlig rutin inom kommunen för hur information ska tas emot och spridas om en allvarlig händelse så att alla berörda kan ta del av informationen. Socialstyrelsen lyfter även vikten av att av den kommunala krisplaneringen är förankrad och övad i berörda verksamheter samt att nyckelfunktioner både i kommunala och privata socialtjänstverksamheter deltar i dessa krisberedskapsövningar.

Socialstyrelsen bedriver systematiskt informationssäkerhetsarbete i enlighet med standarden ISO 27001 om ledningssystem för informationssäkerhet (LIS). Det förbättringsarbete som pågår syftar framför allt till att minska sårbarheter kopplade till redundans och robusthet av myndighetens it-infrastruktur. Detta leder till att även sårbarheter i Socialstyrelsens samhällsviktiga verksamhet, krisledningsorganisation, minskar.

Inledning

Under de senaste åren har Sverige drabbats av ett flertal allvarliga händelser och katastrofer som har ställt samhället inför mer eller mindre svåra situationer. Större olyckor, exempelvis transportolyckor, översvämningar, storm eller brand, bidrar till psykologiska och sociala utmaningar för individ och familj samt på samhällsnivå. Större olyckor skapar akut, kortsiktig påverkan, men kan också potentiellt ha betydelse för den långsiktiga psykiska hälsan och det psykosociala välbefinnandet hos de drabbade.

För att samhället ska kunna möta störningar och påfrestningar av olika slag behövs ett fungerande krisberedskapssystem. Det svenska krisberedskapssystemet bygger på samverkan mellan flera aktörer, där var och en har olika ansvar och befogenheter.

Samhällets krisberedskap är samhällets samlade förmåga att genom utbildning, övning och andra åtgärder – och genom den organisation och de strukturer som skapas före, under och efter en kris – förebygga, motstå och hantera en kris eller en allvarlig händelse.

Arbetet med risk- och sårbarhetsanalyser syftar till att öka medvetenheten och kunskapen hos beslutsfattare och verksamhetsansvariga om vilka hot, risker och brister som finns inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens krisberedskap. Avsikten är också att rapporten ska vara ett underlag för inriktningen av ansvarsområdets arbete inom krisberedskapsområdet, bidra till att minska samhällets sårbarhet och öka förmågan att hantera allvarliga händelser. Vidare ger analysen ett bidrag till en samlad bild av den nationella risk- och förmågebedömningen.

Denna rapport vänder sig till regeringskansliet och MSB. Den kan även vara till nytta för beredskapssamordnare, samordnare av risk- och sårbarhetsanalyser, verksamhetsansvariga inom vård och omsorg, andra myndigheter samt beslutsfattare.

Beskrivning av uppdraget

För att stärka sin egen och samhällets krisberedskap ska varje myndighet årligen analysera om det finns en sådan sårbarhet och sådana hot och risker inom myndighetens ansvarsområde som allvarligt kan försämra förmågan till verksamhet inom området. Statliga myndigheter ska göra en risk- och sårbarhetsanalys enligt förordningen (2006:942) om krisberedskap och höjd beredskap, den så kallade krisberedskapsförordningen. Kommuner och landsting har samma skyldighet enligt lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

Syftet med Socialstyrelsens risk- och sårbarhetsanalys är att systematiskt identifiera och analysera sårbarheter, risker och hot för att förbättra krisberedskapen dels inom myndigheten, dels inom ansvarsområdet hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Vid denna analys ska myndigheten enligt krisberedskapsförordningen särskilt beakta

1. situationer som uppstår hastigt, oväntat och utan förvarning eller en situation där det finns ett hot eller en risk att ett sådant läge kan komma att uppstå
2. situationer som kräver brådskande beslut och samverkan med andra aktörer
3. att de mest nödvändiga funktionerna kan upprätthållas i samhällsviktig verksamhet
4. förmågan att hantera mycket allvarliga situationer inom myndighetens ansvarsområde.

Socialstyrelsens mål med risk- och sårbarhetsanalysen har varit att identifiera vilka åtgärder på regional och nationell nivå som bör vidtas för att Socialstyrelsen och verksamheterna inom myndighetens ansvarsområde ska ha en så god beredskap som möjligt och kunna upprätthålla samhällsviktig verksamhet vid allvarliga händelser.

Definitioner och ordförklaringar

I rapporten förekommer en del termer och begrepp och många av dessa förekommer endast i enstaka kapitel, och i de fallen ges en förklaring där. Andra termer och begrepp återkommer i flera kapitel, och deras betydelse förklaras därför samlat nedan.

Allvarlig händelse

I Socialstyrelsens risk- och sårbarhetsanalys används allvarlig händelse som ett samlingsbegrepp inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten för olika typer av händelser, exempelvis stora olyckor, katastrofer och extraordinära händelser.

Allvarliga händelser kan få konsekvenser som innebär att lagen (2006:544) om kommuner och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap ska tillämpas.

I denna rapport likställs allvarlig händelse med extraordinär händelse.

Allvarlig händelse

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap definieras en allvarlig händelse som en händelse som är så omfattande eller allvarlig att resurserna måste organiseras, ledas och användas på ett särskilt sätt.

Extraordinär händelse

Extraordinär händelse är en händelse som avviker från det normala, innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner, och som kräver skyndsamma insatser av en kommun eller ett landsting (enligt lagen 2006:544 om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap).

I denna rapport likställs extraordinär händelse med allvarlig händelse.

Förmåga i samhällsviktig verksamhet att motstå allvarliga störningar

Med förmåga i samhällsviktig verksamhet att motstå allvarliga störningar avses att det inom ansvarsområdet ska finnas en god förmåga att motstå allvarliga störningar. Verksamheten ska bedrivas på en sådan nivå att samhället fortfarande kan fungera samt att den säkerställer en grundläggande service, trygghet och omvårdnad om allvarliga störningar skulle inträffa.

Katastrofmedicinsk beredskap

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

Kris

En kris är en händelse som drabbar många människor och stora delar av samhället och hotar grundläggande värden och funktioner (prop. 2007/08:92).

Krisberedskap

Krisberedskap är förmågan att genom utbildning, övning och andra åtgärder – och genom den organisation och de strukturer som skapas före, under och efter en kris – förebygga, motstå och hantera krissituationer (enligt krisberedskapsförordningen).

Krishanteringsförmåga

Krishantering avser den mer omedelbara och operativa hanteringen av en händelse eller en störning som inträffat i samhället (regeringens skrivelse 2009/10:124, *Samhällets krisberedskap – stärkt samverkan för ökad säkerhet*). Med krishanteringsförmåga avses att det inom ansvarsområdet ska finnas en god förmåga att vid allvarliga störningar leda den egna verksamheten, fatta beslut inom det egna ansvarsområdet, sprida snabb, korrekt och tillförlitlig information och vid behov kunna samverka med andra aktörer. Det ska finnas en god förmåga att snarast genomföra de åtgärder som krävs för att avhjälpa, skydda och lindra effekterna av det inträffade.

Krisledningsorganisation

Begreppet krisledningsorganisation används i Socialstyrelsens RSA som ett samlingsbegrepp för olika beredskaps- och krisledningsorganisationer inom myndigheten och myndighetens ansvarsområden, inklusive regional sjukvårdsledning i landsting och regioner.

Krisledningsplan

Begreppet krisledningsplan används i Socialstyrelsens RSA som ett samlingsbegrepp för beredskaps- och krisledningsplaner inom myndighetens ansvarsområde vård och omsorg.

Samhällsviktig verksamhet

Begreppet samhällsviktig verksamhet utgår från regeringens proposition 2007/08:92, *Stärkt krisberedskap – för säkerhets skull*, och avser en verksamhet som uppfyller minst en av följande komponenter:

- Ett bortfall av eller en svår störning i verksamheten kan ensamt eller tillsammans med motsvarande händelser på kort tid leda till att en allvarlig kris inträffar i samhället.
- Verksamheten är nödvändig eller mycket väsentlig för att en redan inträffad allvarlig kris i samhället ska kunna hanteras så att skadeverningarna blir så små som möjligt.

Rapportens disposition

Socialstyrelsens risk- och sårbarhetsanalys för 2015 redovisas enligt de åtta avsnitt som anges i MSB:s föreskrifter (MSBFS 2015:3) om statliga myndigheters risk- och sårbarhetsanalys:

- Beskrivning av myndigheten och dess ansvarsområde
- Beskrivning av arbetsprocess och metod
- Identifierad samhällsviktig verksamhet inom myndighetens ansvarsområde som är av nationell betydelse
- Identifierade kritiska beroenden för den identifierade samhällsviktiga verksamheten
- Identifierade och analyserade hot och risker för myndigheten och dess ansvarsområde
- Bedömning av myndighetens generella krisberedskap enligt indikatorer
- Beskrivning av identifierade sårbarheter och brister i krisberedskap inom myndigheten och dess ansvarsområde
- Genomförda, pågående och planerade åtgärder sedan föregående rapportering
- Behov av ytterligare åtgärder med anledning av risk- och sårbarhetsanalysens resultat.

Till rapporten finns även en bilaga:

- | | |
|----------|---|
| Bilaga 1 | Redovisning av informationssäkerhet i enlighet med regleringsbrev för 2015. |
|----------|---|

Socialstyrelsen och dess ansvarsområde

Samhällets krisberedskapssystem

Samhällets krisberedskap bygger på att samhällets normala verksamhet förebygger och hanterar olyckor och mindre omfattande störningar. Vid allvarliga händelser eller andra kriser i samhället kan de vardagliga resurserna behöva förstärkas. Krisberedskapen handlar om den förmåga som skapas i många aktörers dagliga verksamhet och inte en utpekad organisation eller aktör. Den är i stället en integrerad del av olika samhällsaktörers ordinarie verksamhet.

Syftet med samhällets krisberedskap är att värna om befolkningens liv och hälsa samt om grundläggande värden och funktionalitet.

Vid allvarliga händelser i samhället finns ofta en förväntan på att samhället ska förhindra eller mildra skador som drabbar människors liv och hälsa. Vid en allvarlig händelse kommer verksamheter inom Socialstyrelsens ansvarsområde vård och omsorg och inom myndigheten att beröras. Gemensamt för verksamheterna är att de har betydelse för samhällets förmåga att hantera och motstå allvarliga händelser.

Det svenska systemet för samhällsskydd och beredskap regleras i grunden av ansvars-, närhets- och likhetsprinciperna. Principerna som sådana är inte definierade i lag, utan bygger på utredningar, förarbeten och propositioner. Principerna ska i stället förstås som en bakgrund till dagens regelverk och aktörernas uppdrag och mandat.

Socialstyrelsens ansvar

Socialstyrelsen är en statlig förvaltningsmyndighet vars uppdrag är att verka för en god hälsa och social välfärd samt för omsorg och vård av hög kvalitet på lika villkor för hela befolkningen. Socialstyrelsen är den statliga myndighet som är sektorsansvarig för vård och omsorg. Sektorsansvar är det ansvar statliga myndigheter har för sina sakfrågor av nationell karaktär, oavsett frågornas geografiska anknytning. Grundläggande bestämmelser för myndighetens verksamhet finns i förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen har en bred nationell roll som kunskapsutvecklande myndighet. Myndigheten arbetar med många verktyg – från föreskrifter och vägledningar till uppföljning och statistik inom vård och omsorg.

Socialstyrelsens krisberedskapsarbete ingår i det nationella systemet för krishantering. Myndigheten ska stärka samhällets beredskap för att möta allvarliga händelser. Socialstyrelsens arbete med krisberedskap inom vård och omsorg ska bidra till att minska konsekvenserna av allvarliga händelser för samhället.

Krisberedskap och höjd beredskap

Socialstyrelsen ska medverka i totalförsvaret och i krisberedskap i enlighet med förordningen (2006:942) om krisberedskap och höjd beredskap. Myndigheten har även uppdraget att samordna och övervaka planläggningen av den civila hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beredskap. Vidare har Socialstyrelsen ett samlat ansvar för att expertis utvecklas och upprätthålls samt att kunskap sprids om katastrofmedicin och krisberedskap inom myndighetens verksamhetsområde. Myndigheten ska verka för att expertis inom dessa områden står till samhällets förfogande vid kriser och katastrofer.

I sin samordnande roll genomför Socialstyrelsen beredskapsplanering i enlighet med bemyndiganden och ansvar i krisberedskapsförordningen. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, får regeringen, eller den myndighet regeringen bestämmer, meddela särskilda föreskrifter om hälso- och sjukvården i fredstid om det ur ett nationellt perspektiv finns behov av katastrofmedicinska insatser. Detta kan innebära att Socialstyrelsen som utpekad myndighet får ett lednings- och samordningsansvar för hälso- och sjukvårdens hantering av en allvarlig händelse i Sverige.

Utifrån ett krisberedskapsperspektiv och ett katastrofmedicinskt perspektiv behöver Socialstyrelsen även kunna hantera konsekvenserna av att 33 § HSL träder i kraft. Regeringen bemyndigas då att meddela särskilda föreskrifter om hälso- och sjukvården i krig, vid krigsfara eller under sådana extraordinära förhållanden som är föranledda av att det är krig utanför Sveriges gränser eller av att Sverige har varit i krig eller krigsfara.

Socialstyrelsens ansvar inom smittskydd

Bestämmelserna i smittskyddslagen (2004:168) utgör den legala grunden för arbetet. Ett antal aktörer på nationell och regional nivå har uppgifter inom smittskyddet. Smittskyddslagen lägger dock huvudansvaret på tre aktörer: Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och smittskyddsenheterna i landstingen. Förändringar inom smittskyddsområdet har genomförts under 2015 utifrån de förslag som tidigare lades fram av Statens vård- och omsorgsutredning [1]. Den 1 juli 2015 tog Folkhälsomyndigheten över det samordnande ansvaret för smittskyddsområdet från Socialstyrelsen. Socialstyrelsen ansvarar fortsatt för följande smittskyddsrelaterade områden utifrån perspektiven hälso- och sjukvård och patientsäkerhet:

- vårdrelaterade infektioner och vårdhygien
- blodsäkerhet
- medicinsk teknik
- sprutbyten
- antibiotikaresistens
- yrkesmässig hygienisk verksamhet (t.ex. piercing och tatuering)
- smittsamt avfall från hälso- och sjukvården.

Krisberedskap för drabbade utomlands

Socialstyrelsen har i uppdrag att medverka vid insatser i utlandet. Lagen (SFS 2010:813) om konsulära katastrofinsatser slår fast att staten har en lagstadgad skyldighet att upprätthålla en beredskap för att kunna undsätta personer med anknytning till Sverige vid stora katastrofer. I lagen föreskrivs att staten kan genomföra en konsulär katastrofinsats för att bistå enskilda när

många personer med anknytning till Sverige drabbas vid en kris eller en katastrof utomlands.

Bestämmelser om katastrofmedicinska insatser utomlands finns i lagen (2008:552) om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands. Enligt lagen ska Socialstyrelsen i nära samverkan med övriga berörda myndigheter leda och samordna de katastrofmedicinska insatserna och får i övrigt besluta om hur landstingens resurser ska användas vid sådana insatser.

Enligt förordningen (2008:553) om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands ska Socialstyrelsen i nära samverkan med övriga berörda myndigheter och organisationer göra sådana förberedelser att styrelsen inom sitt område kan stödja utlandsmyndigheter och nödställda med kort varsel i en situation då många människor med hemvist i Sverige drabbas av en allvarlig olycka eller katastrof utomlands.

De svenska katastrofmedicinska insatserna utomlands hanteras främst genom att den så kallade Stödstyrkan aktiveras eller genom Svenska nationella ambulansflyget (SNAM) som samordnas av MSB i samverkan med övriga aktörer.

Övrig internationell samverkan inom krisberedskapsområdet

Socialstyrelsens är utsedd i enlighet med förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen att vara sammanhållande myndighet i fråga om nordiskt hälsoberedskapsavtal och verka för att intentionerna i avtalet genomförs.

Samverkan ska även ske med Nordatlantiska fördragsorganisationen (Nato). Regeringens raminstruktion från 2013 gäller för berörda departement inom regeringskansliet och de av regeringen utpekade myndigheter och personer som i övrigt representerar Sverige inom ramen för Nato och Euroatlantiska partnerskapsrådets samarbeten, inklusive partnerskap för fredssamarbetet inom området civil krisberedskap.

Raminstruktionen ska ligga till grund för och komplettera de övergripande inriktningar och prioriteringar som regeringen beslutat om i Sveriges individuella partnerskapsprogram (IPP). Raminstruktionen är ett komplement till berörda myndigheters instruktioner angående de bestämmelser om krisberedskapsansvaret som regleras i krisberedskapsförordningen. Socialstyrelsen tillsammans med Jordbruksverket och Livsmedelsverket har utsetts att representera Sverige för områdena hälsa, jordbruk och livsmedel inom Nato.

Verksamheter inom Socialstyrelsens ansvarsområde

Socialstyrelsen stödjer hälso- och sjukvården och socialtjänsten vid allvarlig händelse

Socialstyrelsen stödjer hälso- och sjukvården och socialtjänsten före, under och efter en allvarlig händelse samt stärker krisberedskapen utifrån lagar, förordningar och föreskrifter.

Hälso- och sjukvård

Sveriges 21 landsting och regioner har det övergripande ansvaret för att befolkningen erbjuds en god hälso- och sjukvård och tandvård. Mål och bestämmelser om den övergripande ansvarsfördelningen inom hälso- och sjukvården och tandvården finns i hälso- och sjukvårdslagen respektive tandvårdslagen. Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Landstingens krisberedskap inom hälso- och sjukvård

I Sverige finns det närmare ett sjuttiotal akutsjukhus. De enskilda landstingen ansvarar för hur traumavården organiseras och struktureras. Varje landsting beslutar alltså själva hur många sjukhus och vilken typ av sjukhus de ska ha. Våren 2014 hade Sverige 54 akutmottagningar som hade öppet 24 timmar per dygn.

Vid allvarliga händelser i samhället kan de vardagliga resurserna behöva förstärkas. För att säkerställa hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera allvarliga händelser behöver landstingen ha en katastrofmedicinsk beredskap och förmåga. Hälso- och sjukvårdslagen anger att landstingen ska planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls. Landstingens och regionernas krishantering regleras av lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap. Enligt lagen är landstingen och regionerna skyldiga att förbereda sig och ha en plan för hur extraordinära händelser ska hanteras. Lagen slår fast att alla landsting och regioner ska ha en särskild krisledningsnämnd som kan ta över hela eller delar av de vanliga landstingens och regionnämndernas uppgifter under en extraordinär händelse.

Landstingets katastrofmedicinska beredskap har som mål att minimera konsekvenserna av de somatiska och psykiska följdverkningar som kan uppstå vid en allvarlig händelse.

För att hantera olika typer av allvarliga händelser som drabbar vårt samhälle måste landstingen ha en beredskap i ett före-, under- och efterperspektiv enligt

- ansvarsprincipen som innebär att landstinget har det övergripande ansvaret för alla verksamheter i vardagen och därför också ansvaret vid en allvarlig händelse

- närhetsprincipen som innebär att samhällsstörningar och allvarliga händelser ska hanteras där de inträffar och av dem som är närmast berörda och ansvariga
- likhetsprincipen som innebär att verksamheten fungerar på liknande sätt som vid normala förhållanden, så långt det är möjligt.

Genom den katastrofmedicinska beredskapen ska landstingen ha en förmåga att vid en allvarlig händelse

- larma och aktivera de funktioner som är nödvändiga
- leda och samordna berörda hälso- och sjukvårdsverksamheter
- genomföra sjukvårdsinsatser i ett skadeområde
- utföra sjukvårdstransporter
- på vårdenhet omhändertaga drabbade
- samverka med andra aktörer på lokal, regional och nationell nivå.

Landstinget har ett verksamhetsansvar där även verksamhet som är upphandlad hos entreprenörer ingår.

Enligt lagen (2006:544) ska landstingen lämna lägesrapporter och information om en extraordinär händelse. Informationen ska röra händelseutvecklingen, tillståndet, den förväntade utvecklingen samt vidtagna och planerade åtgärder. Landstingen lämnar lägesrapporter och information till Socialstyrelsen och länsstyrelsen.

Särskild organisation på regionalnivå vid allvarliga händelser

I landstingens katastrofmedicinska beredskap ingår en särskild sjukvårdsledning på regional nivå, med uppgift att fördela landstingets eller regionens samtliga resurser. Fördelningen syftar till att optimera det medicinska omhändertagandet och se till att störningen påverkar den ordinarie verksamheten i så liten utsträckning som möjligt.

Landstingen ska kunna upprätthålla sina kvalitetsmål för god vård och omvårdnad även vid ett akut och tilltagande behov. Tillgängliga resurser ska tidigt fördelas om och nya resurser mobiliseras. Vid en allvarlig händelse är det den regionala nivån som är angiven enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap att ha mandat att direkt leda och samordna all påverkad sjukvård. Den särskilda sjukvårdsledningen ska ha befogenhet och förmåga att

- samordna verksamheter
- prioritera insatser
- leda personal
- omdisponera resurser
- mobilisera resurser som inte finns omedelbart tillgängliga
- förflytta patienter och evakuera vårdenheter
- samverka med andra aktörer på lokal, regional och nationell nivå.

Den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå etableras när landstingets tjänsteman i beredskap (TiB) har värderat larmets innehåll, bedömt och tagit beslut om att det är en allvarlig händelse.

Socialtjänst och kommunal vård- och omsorg

Kommunen har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver såsom omsorg, vård och service, upplysningar, råd, ekonomisk hjälp och annat bistånd. Årligen berörs upp mot 800 000 personer av insatser från socialtjänsten i landets 290 kommuner.

Socialtjänsten ansvarar bland annat för insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, råd- och stödinsatser och olika former av bistånd enligt socialtjänstlagen.

I socialtjänstlagens portalparagraf (1 kap.1§) anges de övergripande målen och grundläggande värderingarna för samhällets socialtjänst. Målen ger uttryck för principen om alla människors lika värde och lika rätt till social trygghet, vård och omsorg. Samhällets socialtjänst ska på demokratins och solidaritetens grund främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet.

Socialtjänstens mål är att främja ett samhälle som motverkar utanförskap och där människorna ges möjlighet till delaktighet, ekonomisk och social trygghet och jämlikhet i levnadsvillkor. När det gäller allmänt riktade insatser har socialtjänsten ett särskilt ansvar för att uppmärksamma behov hos vissa grupper såsom barn, brottsoffer, personer med missbruk, äldre och personer med funktionsnedsättning. Socialnämnden ska göra sig väl förtrogen med människors levnadsförhållanden inom kommunen och upplysa om socialtjänstens verksamhet.

På en individuell nivå ska socialtjänsten bistå med hjälp och stöd till den som inte kan få sina behov tillgodosedda på annat sätt. Bistånd kan till exempel ges i form av särskilda boendeformer för äldre och personer med funktionsnedsättningar, sysselsättningsinsatser eller försörjningsstöd. Bistånd kan även ges i form av stöd och hjälp i hemmet, vård i familjehem och vård eller behandling i hem för vård eller boende, HVB. Personer med funktionsnedsättningar kan även få insatser med stöd av LSS. Socialtjänsten ansvarar även för utredning av behov av vård utan samtycke enligt lagen (1990:52) om vård av unga, LVU, och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM.

I denna rapport benämns alla ovanstående bistånd och insatser som socialtjänst.

Kommunal sjukvård och hemsjukvård

Landstingen har det övergripande ansvaret för att befolkningen erbjuds en god hälso- och sjukvård och tandvård. Viss hälso- och sjukvård är dock kommunernas ansvar. Kommunerna har ansvar för hälso- och sjukvård för personer som bor i vissa boendeformer och för dem som vistas i viss dagverksamhet. Kommunerna kan också, efter överenskommelse med landstingen, ta över ansvaret för hemsjukvård, vilket en stor del har gjort.

Den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för inkluderar inte vård som ges av läkare. Landstinget ska bidra med läkarmedverkan i de särskilda boendeformerna och i den kommunala hemsjukvården. Läkare ska även kunna ge nödvändiga akuta insatser i de olika boendeformer där kommunen ansvarar för vården.

Landstingen och kommunerna får enligt hälso- och sjukvårdslagen sluta avtal med någon annan om att utföra den hälso- och sjukvård som landstinget eller kommunen ansvarar för.

Krisberedskap på regional nivå

Länsstyrelsen har geografiskt områdesansvar på regional nivå, vilket innebär att den ska säkerställa att samordningen mellan alla aktörer som verkar inom länet fungerar före, under och efter en allvarlig händelse. Länsstyrelsen har enligt sin instruktion (2007:825) också ansvar för att följa upp kommunernas tillämpning av lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap samt tillsynsansvar över kommunens arbete enligt lagen (2003:778) om skydd mot olyckor.

Kommunal krisberedskap på lokalnivå

Kommuner har en central roll i att hantera samhällsstörningar, bland annat genom bestämmelserna i lagen om skydd mot olyckor, socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen.

Kommuner har ansvar för krisberedskapen inom sitt geografiska område enligt lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap. Kommunen ska inom sitt ansvar på lokalnivå verka för att samordna de krishanteringsåtgärder som vidtas av olika aktörer och verka för samordning av information till allmänheten under en extraordinär händelse. I rollen som geografiskt områdesansvarig aktör ska kommunen även verka för att åstadkomma en gemensam inriktning och samordning.

Kommunen har liksom landstinget skyldighet enligt lagen (2006:544) att förbereda sig och planera för en hantering av extraordinära händelser. Enligt lagen ska det finnas en räddningschef i varje kommun. Utöver räddningschefen finns även beredskapssamordnare och i många kommuner därutöver en säkerhetschef. Kommunerna är skyldiga att ha en motsvarande krisledningsnämnd som landstingen. Kommunerna ska också enligt lagen, precis som landstingen, lämna lägesrapporter och information vid en extraordinär händelse. Kommunerna lämnar lägesrapport och information till länsstyrelsen.

Krisberedskap inom socialtjänsten

Ansaret för den lokala krisberedskapen ligger på kommunen och omfattar samhällsviktig verksamhet inom alla kommunens nämnder. Socialtjänsten ligger under en av kommunens nämnder, men socialtjänsten har inget lagstadgat ansvar att upprätta en egen krisberedskap. Däremot ska socialtjänsten enligt socialtjänstlagen ha kännedom om de särskilt sårbara grupperna i lokalsamhället, vilket innebär att de kan bidra med viktig information till den kommunala risk- och sårbarhetsanalysen.

Kommunens ansvar för krisberedskap inom socialtjänsten utgår från socialtjänstlagens krav på god kvalitet och kommunens yttersta ansvar att tillgodose den enskildes behov av stöd och hjälp samt från plan- och bygglagens (2011:100) krav på ett hållbart samhälle. Vare sig de lagar som reglerar kommunens övergripande ansvar eller de olika lagar som reglerar socialtjänstens insatser innehåller någon paragraf som specifikt reglerar vad som

gäller för socialtjänstverksamheten vid förberedelser för och under allvarliga händelser i fredstid.

Det finns därmed inte några omständigheter i lagar eller föreskrifter som leder till att kommunen befrias från socialtjänstlagens ansvar vid kris, utan socialtjänstens verksamheter ska kunna hantera en kris och samtidigt sköta de ordinarie uppgifterna.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska alla insatser inom socialtjänsten och all verksamhet enligt LSS vara av god kvalitet. Den som bedriver socialtjänst (socialnämnd eller motsvarande nämnd i socialtjänst som kommunen ansvarar för, eller huvudmannen i en enskilt driven verksamhet) eller verksamhet enligt LSS ansvarar för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Bedömning ska även göras om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet och vidta åtgärder som behövs baserat på riskanalysen.

Ansvarsfördelning mellan vistelsekommun och boendekommun vid allvarlig händelse

Enligt socialtjänstlagen svarar varje kommun för socialtjänsten inom sitt område och har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. I normalfallet är det den kommun där den enskilde vistas som ansvarar för att den enskilde får det stöd och den hjälp som denne är i behov av. Kommunen får enligt socialtjänstlagen sluta avtal med annan om att utföra kommunens uppgifter inom socialtjänsten, vilket innebär att personer kan få insatser inom andra geografiska kommuner än bosättningskommunen, det vill säga hemkommunen.

Om den enskilde har en annan bosättningskommun, vilket gäller för ett stort antal individer som är placerade inom olika verksamheter inom socialtjänsten, är vistelsekommunens ansvar begränsat till den akuta situationen och bosättningskommunen behåller det huvudsakliga ansvaret för att den enskilde får god och säker vård och det stöd och hjälp som denne behöver. Det är då viktigt att bosättningskommunen tecknat avtal med utföraren om vad som gäller vid en allvarlig händelse, till exempel att utföraren ska utföra uppdraget även under extraordinära händelser, och olika funktioner som utföraren behöver kunna säkerställa, exempelvis tillgång till el, vatten, lokaler eller personal.

Arbetsprocess och metod

I detta kapitel redovisar vi metod, arbetsprocess och avgränsningar som gjorts i risk- och sårbarhetsanalysen av Socialstyrelsens ansvarsområde hälso- och sjukvård och socialtjänst samt informationssäkerhetsuppdraget enligt regleringsbrevet.

Metod

Socialstyrelsens krisberedskap

Socialstyrelsens generella krisberedskapsförmåga och arbete att förbygga och hantera kriser oavsett händelse har bedömts i denna risk- och sårbarhetsanalys. Enligt MSB:s föreskrifter (MSBFS 2015:3) om statliga myndigheters risk- och sårbarhetsanalyser ska krisberedskapsförmågan bedömas med hjälp av indikatorer, vilket innebär att det endast är den egna organisationens förutsättningar som bedöms. Föreskriften trädde i kraft den 1 mars 2015.

Indikatorerna är besvarade med ett ja eller ett nej, vilket visar om indikatorn anses vara uppfylld eller inte. Ett nej anses indikera en brist och bör resultera i en åtgärd för att komma till rätta med denna brist, alternativt en motivering till varför en åtgärd inte behövs. Till respektive indikator som har besvarats med ett nej finns en möjlighet att lämna kommentarer. Här har Socialstyrelsen beskrivit varför indikatorn inte anses vara uppfylld samt kort beskrivit pågående utvecklingsarbete kopplat till indikatorn.

Hälso- och sjukvård och socialtjänst

I syfte att beskriva sårbarhet och sådana hot och risker inom Socialstyrelsens ansvarsområde som allvarligt kan försämra förmågan till verksamhet inom området har myndigheten tillämpat en bredare analys och ett bredare tillvägagångssätt än tidigare år. För att få en regional bild av vård och omsorg har länsstyrelsernas risk- och sårbarhetsanalyser för 2013 och 2014 samlats in. Avsikten var att få en bild av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens krisberedskap och hur en allvarlig händelse påverkar deras samhällsviktiga verksamheter.

För att ytterligare hämta in underlag för analys bjöd Socialstyrelsen in landstingen till en workshop om hälso- och sjukvårdens krisberedskap. Syftet var att gemensamt diskutera och beskriva landstingens krisberedskap och framtida utvecklingsbehov. Målet var att utveckla RSA-dialogen mellan landstingen och Socialstyrelsen samt att öka samsynen om hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera allvarliga samhällsstörningar. Av den anledningen fördes också diskussioner om skillnaden mellan generell krishanteringsförmåga och specifik katastrofmedicinsk krishanteringsförmåga. En del av aktiviteterna handlade om att gemensamt identifiera och prioritera landstingens samhällsviktigaste verksamheter samt hot och risker. Målet för aktiviteten var att få en gemensam beskrivning av ansvarsområdets prioriterade utvecklingsbehov, nödvändiga för att stärka landstingens samlade krishanteringsförmåga.

Socialstyrelsen har också, som underlag för årets risk- och sårbarhetsanalys, tagit del av MSB:s rapport *Uppföljning enligt lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och förhöjd beredskap*.

Socialstyrelsen har även tagit del av ett urval av kommunernas risk- och sårbarhetsanalyser genom länsstyrelserna. Dessa avser 2010, 2011 eller 2012 och uppföljningen av risk- och sårbarhetsanalyserna 2014. Kommunerna har valts ut utifrån kommunstorlek och geografisk spridning för att skapa en bild av skillnader och likheter i landet. Dessa kommuner omfattar sammanlagt närmare 2 300 000 invånare, vilket motsvarar 24 procent av Sveriges befolkning den 31 december 2014, enligt befolkningsstatistik från Statistiska centralbyrån, SCB.

Landstingens, kommunernas och länsstyrelsernas risk- och sårbarhetsanalyser har tolkats och analyserats. Socialstyrelsen vill dock framhålla att någon kvantitativ heltäckande undersökning inte genomförts men att urvalet ändå gjort det möjligt att få en bild av hur landstingen och kommunerna utifrån sina olika förutsättningar beskriver sina risker och sårbarheter.

Socialstyrelsen genomförde våren 2015 en workshop med länsstyrelserna om socialtjänstens krisberedskap. Workshopen ledde fram till en beskrivning av krisberedskapen och till en ökad kunskap om hot, risker, och sårbarheter inom kommunernas socialtjänst. Resultatet har beaktats i risk- och sårbarhetsanalysen.

Riskbedömning

Riskbedömningen består av riskidentifiering, riskanalys och riskutvärdering. Riskidentifieringen går ut på att identifiera vilka risker i form av händelser eller scenarier som kan tänkas uppstå om en allvarlig händelse inträffar. Vid riskidentifieringen har riskerna belysts och diskuterats under en workshop med representanter från länsstyrelserna och landstingen under våren 2015. MSB:s vägledning för risk- och sårbarhetsanalyser anger olika sätt att redovisa resultatet av en riskanalys. Socialstyrelsen har använt en riskmatris där resultaten från riskbedömningen visualiseras enligt deras vägledning [2]. Vid riskidentifieringen har uppgifter inhämtats under våren 2015 bland annat genom en workshop med representanter från länsstyrelserna och landstingen. Ytterligare underlag från länsstyrelsernas och landstingens risk- och sårbarhetsanalyser har inhämtats. I riskanalysen har landstingens och socialtjänstens verksamheter analyserats och för varje risk har man gjort en bedömning av sannolikhet och konsekvens samt av sårbarhet och kritiska beroenden. Sannolikhetsbedömning är metodiskt en svår del. I vissa fall finns ingen erfarenhetsdata i svensk kontext eller möjlighet att få en fördjupad bild av vilken metod eller vilket underlag aktörerna har använt sig av i sina risk- och sårbarhetsanalyser för att värdera sannolikheten. Vid bedömningen av sannolikhet har myndigheten blickat tillbaka för att se om händelserna inträffat i landstingen eller kommunerna. Eftersom det rör sig om händelser som inträffar sällan så är det i många fall svårt att göra en bedömning.

Sannolikheten har bedömts kvantitativt med hjälp av en rankningsskala och intervaller, enligt tabell 1. Skala från MSB:s vägledning för risk- och sårbarhetsanalyser har använts i rapporten [2].

Tabell 1. Rankningsskala med intervall

Nivå	Sannolikhet	Intervall
1	Mycket låg	1 gång per 1 000 år
2	Låg	1 gång per 100 år
3	Medelhög	1 gång per 50 år
4	Hög	1 gång per 10 år
5	Mycket hög	1 gång per år eller oftare

I konsekvensbedömningen beskrivs vilka konsekvenser händelser får för liv och hälsa. Sedan beskrivs hur riskerna påverkar olika samhällsviktiga verksamheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Konsekvenserna är graderade i en kvalitativ bedömning med hjälp av en rankningsskala enligt tabell 2. Skala från MSB:s vägledning för risk- och sårbarhetsanalyser har använts i rapporten [2].

Konsekvenser, vid den typ av allvarliga händelser som är analyserade, är mycket beroende på händelsens omfattning samt var och när den inträffar. Avsikten med bedömningen är att ge en uppfattning om händelsens allvarlighet och konsekvenser på samhället.

Tabell 2. Konsekvenser på samhället

Nivå	Konsekvens	Beskrivning
1	Mycket begränsade	Små direkta hälsoeffekter, mycket begränsade störningar i samhällets funktionalitet, övergående misstro mot enskild samhällsinstitution, mycket begränsade skador på egendom och miljö
2	Begränsade	Måttliga direkta hälsoeffekter, begränsade störningar i samhällets funktionalitet, övergående misstro mot flera samhällsinstitutioner, begränsade skador på egendom och miljö
3	Allvarliga	Betydande direkta eller måttliga indirekta hälsoeffekter, allvarliga störningar i samhällets funktionalitet, bestående misstro mot flera samhällsinstitutioner eller förändrat beteende, allvarliga skador på egendom och miljö
4	Mycket allvarliga	Mycket stora direkta och betydande indirekta hälsoeffekter, mycket allvarliga störningar i samhällets funktionalitet, bestående misstro mot flera samhällsinstitutioner och förändrat beteende, mycket allvarliga skador på egendom och miljö
5	Katastrofala	Katastrofala direkta eller mycket stora indirekta hälsoeffekter, extra störningar i samhällets funktionalitet, grundmurad misstro mot samhällsinstitutioner och allmän instabilitet, katastrofala skador på egendom och miljö

Avgränsningar

Krisberedskap inom myndighetens ansvarsområde

Enligt MSB:s föreskrifter MSBFS (2015:3) om statliga myndigheters risk- och sårbarhetsanalyser ska myndigheten på ett systematiskt sätt identifiera, analysera och dokumentera om det finns sådana hot och risker inom myndighetens ansvarsområde som synnerligen allvarligt kan försämra förmågan till verksamhet inom området samt bedöma hur sårbar verksamheten är mot dessa.

För att Socialstyrelsen ska kunna identifiera och analysera hot, risker, sårbarheter och brister i krisberedskapen för samhällsviktig verksamhet inom myndighetens ansvarsområde i enlighet med MSBFS (2015:3) om statliga myndigheters risk- och sårbarhetsanalyser, behövs uppgifter från landstingens och kommunernas risk- och sårbarhetsanalyser. MSB:s reviderade föreskrifter för risk- och sårbarhetsanalyser anger inte Socialstyrelsen som mottagare av kommunernas RSA, vilket inte ger stöd till att Socialstyrelsen ska få tillgång till nödvändiga underlag direkt från kommunerna för att bedöma socialtjänstens krisberedskap. Ytterligare en begränsning för en nationell analys är att tidpunkten för redovisning av kommunernas, landstingens och de statliga myndigheternas risk- och sårbarhetsanalyser inte möjliggör att Socialstyrelsen får ta del av innevarande års nödvändiga uppgifter för analysen, det vill säga innan myndighetens inrapportering 31 oktober.

Årets bedömning av landstingens och socialtjänstens krisberedskapsförmåga och analysen av betydelsen för nationell nivå bygger därför främst på

- föregående års RSA-rapportering från landstingen och Socialstyrelsens RSA
- inhämtat material från landsting och kommuner våren 2015
- en workshop med företrädare för landstingens krisberedskap våren 2015
- en workshop med länsstyrelserna kring socialtjänstens krisberedskap våren 2015
- underlag enligt referenslistan.

Rapporten har ett krisberedskapsperspektiv gällande samhällsviktiga verksamheter inom hälso- och sjukvård och kommunernas socialtjänst. Områden som kollektivtrafik och övrig teknisk infrastruktur i landstingen och kommunerna belyses inte i rapporten, utan fokus i risk- och sårbarhetsanalyserna är hot mot liv och hälsa vid allvarlig händelse.

Analyserna i rapporten har gjorts utifrån ett normalt fredsläge, inte utifrån en samhällssituation och ett resursbehov under höjd beredskap och krig.

Identifierad samhällsviktig verksamhet inom ansvarsområdet hälso- och sjukvård av nationell betydelse

Vad gäller Socialstyrelsens ansvarsområde hälso- och sjukvård analyseras främst kritiska beroenden i denna rapport, det vill säga det som är kritiskt för den katastrofmedicinska krisberedskapens funktion och förmåga. Anledningen till detta är att MSB:s föreskrifter och allmänna råd (MSBFS 2015:4) om landstingens risk- och sårbarhetsanalyser har ett grundläggande krisberedskapsfokus. Den mer ansvarsområdesspecifika katastrofmedicinska krisberedskapen handlar om att bedriva hälso- och sjukvård i syfte att minimera följderna vid en allvarlig händelse enligt Socialstyrelsens katastrofmedicinska föreskrift (SOSFS 2013:13). Detta perspektiv analyseras inte av landstingen och rapporteras inte systematiskt till Socialstyrelsen och därför ges den katastrofmedicinska krishanteringsförmågan ett förhållandevis litet utrymme i risk- och sårbarhetsanalysen. Det kan därför finnas landstingsspe-

cifika verksamheter, vitala och samhällsviktiga i ett nationellt perspektiv, som inte uppmärksammas i denna rapport.

Socialtjänstens krisberedskap

I de kommunala risk- och sårbarhetsanalyser Socialstyrelsen har tagit del av, omnämns socialtjänstverksamheten endast i begränsad omfattning. Ofta är det bara boenden för äldre och personer med funktionsnedsättning som har identifierats som samhällsviktig verksamhet. Myndigheten kan även konstatera, att för de samhällsviktiga socialtjänstverksamheter som finns omnämnda i de kommunala analyserna är risker och sårbarheter oftast endast översiktligt beskrivna, samt att förslag till åtgärder ofta är svåra att utläsa. Den bild som framkommit i samband med Socialstyrelsens workshop med länsstyrelserna är att detta kan bero på att den kommunala beredskapssamordnaren har i uppdrag att beskriva den generella förmågan inom kommunen och därmed inte har detaljkunskap om socialtjänstens verksamheter. Länsstyrelserna påtalade även att det i många kommuner är oklart vilken roll socialtjänsten ska ha i utformningen, planeringen och genomförandet av den lokala krisberedskapen.

Den begränsade bilden av socialtjänsten i de kommunala risk- och sårbarhetsanalyserna påverkar även Socialstyrelsens möjligheter att skapa en nationellt övergripande bild av kommunernas krisberedskap inom socialtjänsten.

Sekretess

I denna rapport beskrivs övergripande hot, risker och konsekvenser så att de inte bedöms utgöra känsliga uppgifter.

Samhällsviktig verksamhet inom Socialstyrelsen och inom vård och omsorg

Samhällsviktiga verksamheter

Samhällsviktig verksamhet är samhällsfunktioner som konstateras vara av särskild betydelse för upprätthållandet av samhällets funktionalitet. Utgångspunkter för att identifiera samhällsviktig verksamhet utgår från regeringens mål för Sveriges säkerhet och från målen för samhällets krisberedskap [3].

De övergripande målen för samhället är att värna om befolkningens liv och hälsa, att värna samhällets funktionalitet samt att värna förmågan att upprätthålla grundläggande värden som demokrati, rättssäkerhet och mänskliga fri- och rättigheter.

Samhällsviktiga funktioner med samhällsviktiga verksamheter finns inom flera olika samhällssektorer, till exempel inom elförsörjning, finansiella tjänster, handel och industri, kommunalteknisk försörjning, transport samt vård och omsorg. Socialstyrelsen belyser i risk- och sårbarhetsanalysen myndighetens egen krisberedskap och krisberedskapen inom ansvarsområdet vård och omsorg.

Samhällsviktiga verksamheter ur ett krisberedskapsperspektiv

Samhällsviktiga verksamheter finns på lokal, regional och nationell nivå och drivs både av nationella och internationella aktörer. Dessa verksamheter måste fungera på en rimlig nivå även vid stora påfrestningar. Det innebär utifrån ett krisberedskapsperspektiv att de ska kunna stå emot och hantera störningar orsakade av naturhändelser, olyckor, handhavandefel, antagonistiska angrepp med mera.

För att kunna upprätthålla samhällsviktiga funktioners verksamhet krävs en planering som anger vad som bör prioriteras om det uppkommer en situation som resulterar i till exempel resursbrist. För att kunna säkerställa att samhällsviktiga verksamheter fungerar under olika kriser är det också viktigt att det förberedande och förebyggande arbetet är ändamålsenligt och anknyter till den aktuella hot- och riskbilden. För att samhället ska fungera även vid en allvarlig kris är det viktigt att definiera vilka verksamheter som är nödvändiga för att undvika eller hantera kriser. När det gäller krisberedskap är vissa samhällsfunktioner viktigare än andra. En grundläggande del av arbetet är att identifiera de verksamheter som bedöms vara samhällsviktiga och bedöma vilka konsekvenser ett bortfall eller en allvarlig störning i verksamheten kan få och vid behov prioritera mellan verksamheterna. Det moderna samhället präglas av ökade beroendeförhållanden, som ständigt förändras. Att identifiera samhällsviktig verksamhet och kritiska beroenden

utgör en grundläggande del av arbetet med risk- och sårbarhetsanalyserna på lokal, regional och nationell nivå.

En betydande del av dessa verksamheter uppfyller åtminstone ett av kriterierna för vad som utgör en samhällsviktig verksamhet, det vill säga att ett bortfall av eller en svår störning i verksamheten, ensamt eller tillsammans med motsvarande händelser, på kort tid kan leda till att en allvarlig kris inträffar i samhället samt att verksamheten är nödvändig eller mycket väsentlig för att en redan inträffad allvarlig kris i samhället ska kunna hanteras så att skadeverkningarna blir så små som möjligt. Detta gäller också vissa delar av myndighetens egen verksamhet.

Samhällsviktig verksamhet inom Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har i denna risk- och sårbarhetsanalys identifierat krisledningsorganisationen som en samhällsviktig verksamhet. Myndighetens krisledning bedöms vara viktig för att myndigheten ska kunna ha en särskild förmåga vid en allvarlig händelse. I detta kapitel lyfts även verksamheter och stödresurser som krisledningsorganisationen kommer använda sig av före, under eller efter en allvarlig händelse. Det är resurser som behövs för att myndigheten ska kunna säkerställa en god krishanteringsförmåga inom sitt uppdrag. Resurserna kan delvis ligga hos andra aktörer, men är kopplade till myndighetens ansvar före, under och efter en allvarlig händelse. Ansvar för expert- och resurstödet kan exempelvis vara kopplat genom samverkan, finansiering eller avtal.

Myndighet med särskilt ansvar för krisberedskap

Socialstyrelsen är ansvarig förvaltningsmyndighet för hälso- och sjukvård och socialtjänst. Sektorsansvaret innebär det ansvar som myndigheten har för sina sakfrågor av nationell karaktär, oavsett frågornas geografiska anknytning. Vid en händelse innebär detta i första hand att lämna expert- och resurstöd till regionala och lokala aktörer. Om en händelse berör flera ansvarsområden kan stödet behöva samordnas på nationell nivå. Stödet sker i samverkan med aktörerna och med gemensam inriktning och tydliga prioriteringar.

Enligt krisberedskapsförordningen har ett antal centrala myndigheter ett särskilt ansvar för krisberedskap. Socialstyrelsen är en av de myndigheter som har ett särskilt ansvar i den nationella krishanteringen. Socialstyrelsen har till uppgift att samordna och stödja de aktörer som ansvarar för samhällsviktig verksamhet inom myndighetens ansvarsområde. Vid en kris ansvarar Socialstyrelsen och andra centrala krisberedskapsmyndigheter dels för sin egen verksamhet, dels för att samordna arbetet inom varje geografiskt område.

Enligt krisberedskapsförordningen ska Socialstyrelsen vid en krissituation hålla regeringen informerad om

- händelseutvecklingen
- tillståndet
- den förväntade utvecklingen

- tillgängliga resurser inom respektive ansvarsområde
- vidtagna och planerade åtgärder.

Dessutom ska varje myndighet lämna den information som behövs för samlade lägesbilder, om regeringskansliet eller MSB efterfrågar det.

Myndighetens krisledningsorganisation

Socialstyrelsen har efter särskilt beslut av regeringen liksom vissa andra centrala myndigheter en egen krisledningsorganisation. Myndigheten ska ha förmågan att kunna upprätthålla en ledningsfunktion om krisen berör det egna ansvarsområdet eller medför behov av stöd till och samverkan med andra aktörer.

Socialstyrelsens krisledningsorganisation utgör kärnan i myndighetens krishanteringsförmåga. Uppgiften är primärt att hantera en allvarlig händelse i samhället genom en särskild organisation och freda myndighetens linjeorganisation. Målet är att vara saklig, handlingskraftig, trovärdig. En viktig del i detta arbete är att med ett nationellt perspektiv stödja, samordna och rapportera till regeringen inom Socialstyrelsens ansvarsområden och samverka inom det nationella krisberedskapssystemet.

Tjänsteman i beredskap

Regeringen har genom ett särskilt beslut angett att vissa statliga myndigheter ska ha en tjänsteman i beredskap (TiB). Socialstyrelsens TiB ska kunna initiera och samordna det inledande arbetet för att upptäcka, verifiera, larma och informera vid allvarliga händelser.

TiB säkerställer myndighetens omedelbara förmåga att vara en verksam aktör i det nationella krisberedskapssystemet.

Beredskapslager

Landsting och kommuner är enligt ansvarsprincipen skyldiga att se till att läkemedel, materiel och utrustning som kan behövas vid en allvarlig händelse finns i den egna verksamheten. De måste därför analysera och planera för sin egen försörjning av läkemedel och sjukvårdsutrustning såväl under normala förhållanden som inför och vid en allvarlig händelse.

Socialstyrelsen förvaltar ett nationellt beredskapslager inriktat på att kunna användas vid allvarliga händelser i fredstid. Huvuddelen av de beredskapslagrade läkemedlen är till för att användas vid utbrott av smittsamma sjukdomar inklusive pandemier samt vid allvarliga händelser med farliga ämnen

Nordiska hälsoberedskapsavtalet

De nordiska länderna samverkar inom hälsoberedskapsområdet. Den nordiska samarbetsmodellen för beredskap inom hälso- och sjukvården grundar sig på ett avtal från 2002 mellan Finland, Sverige, Norge, Danmark och Island. Även de självstyrande områdena Åland, Färöarna och Grönland är med. Avtalet omfattar beredskapssamarbete och ömsesidigt stöd vid kris- och katastrofsituationer. Syftet är att öka de nordiska ländernas förmåga att hantera kriser och katastrofer, såsom naturkatastrofer och händelser som olyckor och terrorhandlingar.

Det nordiska samarbetsavtalet inom hälso- och sjukvården förpliktar avtalsparterna att på begäran och i mån av möjlighet ge assistans åt varandra vid kriser och katastrofer.

Effekterna av detta nordiska samarbete har lett till att det finns en struktur för samarbete mellan de nordiska länderna i syfte att förbereda och utveckla hälso- och sjukvårdsberedskapen för att bättre kunna hantera kriser och katastrofer, för förberedelser av beredskapsåtgärder och för assistans vid tillfällen då någon av avtalsstaterna drabbas av kris eller katastrof.

Katastrofmedicinska insatser i utlandet

Vid insatser till stöd för utlandsmyndigheter och nödställda i en situation då många människor med anknytning till Sverige har drabbats av en allvarlig olycka eller katastrof i utlandet, får ett landsting bedriva hälso- och sjukvård utomlands i syfte att minimera de fysiska och psykiska följdverkningarna av olyckan eller katastrofen.

Socialstyrelsen ska i nära samarbete med berörda myndigheter leda och samordna de katastrofmedicinska insatserna och får i övrigt besluta om hur landstingens resurser ska användas vid sådana insatser.

MSB har tillsammans med Socialstyrelsen och Polisen byggt upp en gemensam stödstyrka som med kort varsel kan sändas utomlands för att bistå med bland annat hälso- och sjukvårdsinsatser. Stödstyrkan är bemannad med hälso- och sjukvårdspersonal från landstingen i Stockholms, Västra Götalands, Skåne, Östergötlands, Uppsala och Västerbottens län.

För att kunna bistå svårt skadade svenskar i utlandet med avancerad sjuktransport har Socialstyrelsen också deltagit i utvecklingen av Svenska nationella ambulansflyget (SNAM) tillsammans med Västerbottens läns landsting, SAS och MSB. SNAM kan genomföra en medicinsk evakuering av patienter från utlandet till Sverige eller annat land.

Samhällsviktig verksamhet inom hälso- och sjukvården

Flera av hälso- och sjukvårdens verksamheter uppfyller kriterierna för samhällsviktig verksamhet ur ett krisberedskapsperspektiv. Vissa delar är särskilt betydelsefulla, till exempel krisledning, krisstöd, prehospital och hospital akutsjukvård, primärvård, psykiatri, läkemedels- och sjukvårdsmaterielförsörjning och tillhörande servicefunktioner. Störningar i dessa verksamheter kan få mycket allvarliga konsekvenser för samhällets förmåga att omhänderta drabbade vid en allvarlig händelse.

De svårt skadade patienterna vid allvarliga händelser kräver ett multidisciplinärt och tvärprofessionellt omhändertagande. Den kirurgiska verksamheten har ofta en nyckelroll för att avgöra sjukhusens kapacitet att ta emot ett större skadeutfall. Krav på kompetens och tid för tillgänglighet är viktiga komponenter för sjukhusens beredskapsförmåga. Vid ett större trauma krävs särskilda nyckelkompetenser som utgör nödvändiga förutsättningar för ett gott traumaomhändertagande. Neurokirurgisk, thoraxkirurgisk, traumaortopedisk, kärlkirurgisk och barntraumatologisk kompetens är exempel på specialistkompetenser som kan behövas. En del av dessa finns enbart på landets universitetssjukhus. Mot bakgrund av detta behöver landsting helt eller delvis säkerställa specialistvård och särskild kompetens vid ett andra landsting.

De landsting som identifierat samhällsviktig verksamhet har använt sig av MSB:s definition i föreskriften (MSBFS 2015:4) om landstings risk- och

sårbarhetsanalyser. Socialstyrelsen konstaterar utifrån en genomgång av landstingens risk- och sårbarhetsanalyser att huvuddelen av landstingen anger att hälso- och sjukvård som helhet är samhällsviktigt. Tabell 3 visar identifierade och prioriterade samhällsviktiga verksamheter inom hälso- och sjukvården.

Tabell 3. Exempel på identifierade och prioriterade samhällsviktiga verksamheter inom hälso- och sjukvården

Verksamhet	Identifierade risker
Akutsjukvård - prehospital vård (primär och sekundär) - hospital vård ◦ högspecialiserad vård ◦ operationskapacitet ◦ intensivvård ◦ sterilcentral ◦ krisstöd ◦ blodcentral Laboratorier och röntgen Primärvård Smittskydd Psykiatri	Krishanteringsförmågan i denna verksamhet är avgörande för att landstingen ska kunna hantera en allvarlig händelse. Störningar i detta får snabbt nationella konsekvenser. Nyttjandegraden av befintliga resurser är hårt ansträngd redan i vardaglig verksamhet och därför finns små marginaler som möjliggör förstärkning och omfördelning.
Läkemedel - sekundärlager - intern distribution	Tillgången till läkemedel är vital för en fungerande hälso- och sjukvård. Det finns en stark oro i landstingen för allt större känslighet i lager och distributionsled, vilket ökar sårbarheten vid utdragna allvarliga händelser.
Förbrukningsmateriel - sekundärlager - intern distribution	Tillgången till förbrukningsmateriel är liksom läkemedel vital för en fungerande hälso- och sjukvård. Det finns även här en stark oro i landstingen för allt mer störningskänsliga lager och distributionsled.
Sjukvårdsledning - prehospital - regional - Tjänsteman i beredskap (TiB)	Övergripande regional ledningsförmåga är en viktig del för effektiv regional krishantering och samverkan vid en allvarlig händelse. Omfördelning av landstingets samhällsviktiga resurser och tvärspektoriell regional samverkan kräver en uthållig och välfungerande ledningsförmåga.
Personalförsörjning	Hälso- och sjukvården är redan i vardaglig verksamhet hårt ansträngd på grund av stor personalomsättning. Även här är marginalerna små och tillgången till personal som kan bemanna kvalificerade vårdplatser riskeras. Vid långvariga allvarliga händelser finns risk för att tillgången på rätt kompetens i nyckelfunktioner begränsas. Landstingen hinner inte med att utbilda och öva personalen i samma takt som personalomsättningen ökar.

Samhällsviktig verksamhet inom hälso- och sjukvård på nationell nivå

I detta avsnitt belyser Socialstyrelsen särskilda resurser och verksamhetsområden som innehåller samhällsviktig verksamhet på nationell nivå inom hälso- och sjukvården.

Huvuddelen av landstingens risk- och sårbarhetsanalyser redovisar kritiska beroenden som är centrala för hälso- och sjukvårdens grundläggande krisberedskap och förmåga att kunna upprätthålla samhällsviktig verksamhet.

Landstingens särskilda sjukvårdsledning

I varje landsting är det viktigt att det finns en tydlig funktion som ansvarar för ledningsuppgifter vid allvarlig händelse eller vid risk för en sådan händelse. Funktionen kallas särskild sjukvårdsledning. Särskild sjukvårdsledning på regional nivå etableras vid en allvarlig händelse. I ett skadeområde etableras en särskild sjukvårdsledning (prehospital sjukvårdsledning) och på sjukhus etableras en särskild sjukvårdsledning på lokal nivå.

En särskild sjukvårdsledning är en förutsättning för landstingens katastrofmedicinska beredskap och för deras möjligheter att fördela resurser regionalt och även för deras samverkan med andra landsting kring resurser om en allvarlig händelse skulle inträffa. Vid en allvarlig händelse ska en särskild sjukvårdsledning på regional nivå ha i uppgift att fördela landstingets eller regionens samtliga resurser inom hälso- och sjukvård. Den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå ska ha befogenhet att direkt samordna all påverkad sjukvård, den prehospitala akutsjukvården, sjuktransporterna och omhändertagandet på vårdenheter samt att göra direkta omfördelningar och prioriteringar. Fördelningen syftar till att optimera det medicinska omhändertagandet och se till att störningen påverkar den ordinarie verksamheten i så liten utsträckning som möjligt.

Krisstöd vid en allvarlig händelse

Allvarliga händelser bidrar till psykologiska och sociala utmaningar på individ-, familje- och samhällsnivå och skapar en akut, kortsiktig påverkan, men de kan också leda till långvariga psykiska besvär hos de drabbade. Större händelser eller vissa sällanhändelser kan leda till att krisstödsinsatser på lokal nivå inte räcker till utan behöver organiseras genom samverkan på regionalnivå och även nationellt om händelsen drabbar många. Syftet med krisstödet är att stödja återhämtningsprocessen och att identifiera personer som behöver stöd över tid.

Landstingens särskilda ledning av krisstöd på regional nivå vid allvarliga händelser är en betydelsefull samhällsviktig verksamhet på regional och även på nationell nivå vid större händelse med många drabbade.

Brännskadevård

Brännskadeincidensen uppskattas till 30 000 fall årligen i Sverige, varav cirka 1 100–1 300 behöver sjukhusvård. Antalet svårt brännskadade är cirka 120 patienter per år. Behandling av svåra brännskador klassas sedan 2008 som rikssjukvård och utförs på två riksenheter i landet [4, 5].

I händelse av en katastrof eller en större olycka med många svårt brännskadade patienter finns en utarbetad nationell plan med resursmobilisering. Utöver möjligheten att utnyttja fler vårdplatser vid de två riksenheterna finns beredskap för uppbackning från svenska och nordiska sjukhus. Nationell samordning av brännskadeplatser sker i samverkan mellan Landstinget i Östergötland och Landstinget i Uppsala län.

Vid en katastrofsituation bedöms samordning, logistik och transportkapacitet vara gränssättande för optimalt vårdutnyttjande. Vid allvarliga händelser finns möjlighet att delegera en specialist med brännskadekompetens till skadeplatsen för att delta i prioriteringsarbetet.

Tryckkammarbehandling

Hyperbar oxygenbehandling (HBO), eller i dagligt tal tryckkammarbehandling, ges huvudsakligen till patienter med lokal eller generell syrebrist (hypoxi) i vävnaderna. HBO definieras som oxygenandning vid vistelse i en tryckkammare vid högre tryck än normalt atmosfärstryck. HBO används vid till exempel dykarsjuka, kolmonoxid- och brandröksförgiftning, livshotande mjukdelsinfektioner eller andra svåra akuta tillstånd med minskad blodtillförsel i vävnader som kan uppstå till exempel vid kross- och klämskador [6].

Vid speciellt allvarliga händelser såsom en olycka med flera tryckutsatta individer, vid till exempel en ubåtsolycka eller en brand med flera rök-gasskadade är tryckkammarbehandling av mycket stort värde.

Tryckkammarbehandling i Sverige har byggts upp på enskilda kliniker utan någon nationell plan, ursprungligen i stor utsträckning för att kunna behandla dykare med akuta symtom. Behandlingen kan i dag genomföras på fem sjukhus i landet.

Ecmo

Ecmo står för extrakorporeal membranoxygnering, vilket innebär att blodet syresätts med en konstgjord lunga utanför kroppen. Behovet av ecmo kommer oftast in när respiratorvården inte längre räcker till. Ecmo-behandling av traumafall är en behandling som bedöms bli alltmer aktuell i framtida avancerad traumavård. I normala fall finns det i Sverige ett fåtal platser vid ett par sjukhus i landet. Vid behov kan landets thoraxkirurgiska kliniker utöka till närmare 40 platser i hela riket.

Ecmo-behandling är en personalkrävande verksamhet och kan under en större och långvarig händelse bli svår att resurssätta. Landstingen och regionerna ansvarar som sjukvårdshuvudmän för att göra prioriteringarna kring fördelningen av ecmo-platserna vid en allvarlig händelse. Sverige ingår sedan tidigare i ett internationellt samarbete kring ecmo-behandling som handlar om att kunna begära stöd och ta emot patienter från utlandet.

Under influensaepidemin A (H1N1) som bröt ut hösten 2009 flögs ett tiotal patienter med svåra lungproblem både från Sverige och internationellt till Karolinska universitetssjukhuset i Stockholm för ecmo-behandling.

Smittskydd

Landstingens smittskydd arbetar med att förebygga och minska spridningen av smittsamma sjukdomar till och mellan människor. Arbetet organiseras länsövergripande och sker genom epidemiologisk övervakning, smittspår-

ning, information och utbildning. I uppgiften ingår även att bistå allmänheten med råd och upplysningar i smittskyddsfrågor. Verksamheten regleras i smittskyddslagen.

Högisoleringsvård

Vården av patienter med högsmittsamma allvarliga infektioner är mycket resurskrävande och det fordras ändamålsenliga lokaler, speciell skyddsutrustning, rutiner och personal som kontinuerligt tränas att bedriva denna typ av vård. Det är också nödvändigt med tillgång till intensivvård och verksamheter såsom mikrobiologiskt och kliniskt kemiska laboratorier. Infektionskliniken vid Universitetssjukhuset i Linköping har sedan flera år tillbaka en etablerad högisoleringsvård med intensivvård och laboratorium.

Till högisoleringsenheten finns knutet en högisoleringsambulans med möjlighet till intensivvård under transporten. Ambulansen är särskilt anpassad för högisoleringsvård med säkerställt undertryck i vårdutrymmet och HEPA-filtrerad frånluft. Vid längre transporter i landet finns också möjlighet att lasta högisoleringsambulansen i ett av Försvarmaktens transportflygplan. Även internationella transporter kan genomföras med detta koncept.

Luftburen ambulanssjukvård

Kombinationen av hög medicinsk kompetens, snabb insatstid och snabb transport till rätt vårdnivå gör att resursen luftburen ambulanssjukvård är av stort värde, både vid vardagens olyckor men också i samband med allvarliga händelser.

Luftburen ambulanssjukvård kan utföra både primäruppdrag, då en patient hämtas direkt från en skadeplats, och sekundäruppdrag, då en patient transporteras mellan vårdinrättningar. Resurserna för primäruppdrag inom luftburen ambulanssjukvård i daglig drift utgörs av nio landstingsanknutna ambulanshelikoptrar som finns i landet. Dessa helikoptrar kan normalt endast ta en vårdkrävande patient, men kan transportera två patienter, men då med mindre möjligheter till vård under transport. Alla landstingsanknutna ambulanshelikoptrar kan också utföra sekundäruppdrag och kan då transportera en intensivvårdskrävande patient förutsatt att rätt kompetens finns att tillgå. Utöver ambulanshelikoptrarna finns fem ambulansflygplan, som vart och ett kan ta två liggande patienter varav en med intensivvårdsbehov. I övrigt finns resurser för luftburna transporter att tillgå från framför allt Sjöfartsverket, Polisen och Försvarmakten.

MSB i samverkan med Socialstyrelsen kan också erbjuda minst ett ambulansflygplan i samarbete med Västerbottens läns landsting i form av Svenska nationella ambulansflyget (SNAM). SNAM är en nationell resurs med större kapacitet än övriga ambulansflygplan.

Katastrofmedicinska insatser i utlandet

Den 1 september 2008 trädde lagen (2008:552) om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands i kraft. Genom lagen ges Sverige möjlighet att tillhandahålla hälso- och sjukvård vid insatser utomlands. Katastrofmedicinska insatser med stöd av lagen är tänkta att utgöra en del av de samordnade svenska insatserna utomlands. Utrikesdepartementet är uppdragsgivare

och MSB samordnar de samlade svenska insatserna och Socialstyrelsen leder och samordnar den katastrofmedicinska delen av insatserna.

Beredskap för katastrofmedicinska insatser utomlands ska enligt katastrofmedicinska insatslagen (2008:553) upprätthållas av landstingen i Stockholm, Västra Götaland, Skåne, Östergötland, Uppsala och Västerbottens län. Dessa landsting har alltså en skyldighet att planera sin hälso- och sjukvård så att en beredskap för katastrofmedicinska insatser utomlands kan upprätthållas. De landsting som har ålagts att upprätthålla beredskapen har rätt till ersättning av staten för kostnader som är direkt hänförliga till en sådan beredskap. Ersättningen täcker bland annat kostnader för planering samt utbildning och deltagande i övningar.

Samhällsviktig verksamhet inom socialtjänsten och kommunal vård och omsorg

Socialstyrelsen bedömer att en stor del av socialtjänstens verksamheter uppfyller kriterierna för en samhällsviktig verksamhet på lokal nivå, det vill säga att ett bortfall av eller en svår störning i verksamheten, tillsammans med andra händelser, skulle kunna leda till att en allvarlig kris uppstår i samhället. Socialtjänstens stöd och hjälp är nödvändig både inför, under och efter en allvarlig händelse och för att förebygga att en allvarlig händelse uppstår.

Vid genomgången av de kommunala risk- och sårbarhetsanalyserna kan Socialstyrelsen konstatera att det råder en samsyn mellan kommunerna vad gäller vilka verksamheter som är att se som samhällsviktiga och vilka kritiska beroenden, hot, risker och sårbarheter dessa verksamheter har. Detta beror troligen på att vissa verksamheter inom socialtjänsten är särskilt utsatta vid en allvarlig händelse på grund av att de omfattar särskilt sårbara grupper eller att verksamheterna fyller centrala behov för socialtjänstens brukare. Som exempel kan nämnas utbetalningar av försörjningsstöd, särskilda boendeformer för äldre och personer med funktionsnedsättningar, hemtjänst och hemsjukvård samt nyckelpersoner som arbetar inom dessa verksamheter. Andra verksamheter, såsom socialjour och krisstöd, är nödvändiga för att en redan inträffad allvarlig kris i samhället ska kunna hanteras så att skadeverkningsarna blir så små som möjligt och bedöms i de flesta kommunala analyserna vara att se som samhällsviktig verksamhet. De beroenden, risker, sårbarheter och åtgärder som anges i denna rapport för verksamheter som vänder sig till personer med funktionsnedsättningar avser både verksamheter som bedrivs enligt socialtjänstlagen och verksamheter som bedrivs enligt LSS.

Krisstöd

Varje kommun har enligt socialtjänstlagen ansvar för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta gäller såväl i vardagen som vid en allvarlig händelse. I många kommuner finns en särskild krisstödsgrupp som aktiveras vid en särskild händelse. Krisstödsgruppen kallas ofta för psykiskt och socialt omhändertagande (POSOM). Huvuduppgiften för krisstödet är att i det akuta skedet stödja individer och familjer, upprätta informations- och

stödcentrum samt samverka med de övriga organisationer som berörs av händelsen.

Krisstödet samordnas oftast av kommunernas socialtjänst. Exempel på andra aktörer som kan delta i kommunens krisstödssamordning är kommunal räddningstjänst, kommunens barn- och ungdomsförvaltning, sjukvården, polisen, trossamfund och frivilligorganisationer. Vid en allvarlig händelse samordnas krisstödet oftast med landstingets krisstöd.

Det finns i dag ingen specifik reglering av innehållet i kommunernas krisstöd utan kommunen beslutar om hur krisstödet ska organiseras.

Identifierade kritiska beroenden inom samhällsviktig verksamhet

I detta kapitel beskrivs generellt kritiska beroenden för samhällsviktig verksamhet inom Socialstyrelsen och inom vård och omsorg. Avsnittet inleds genom att beskriva gemensamma kritiska beroenden som återfinns både i hälso- och sjukvården och i socialtjänstens verksamheter. Finns särskilda beroenden för det enskilda verksamhetsområdet beskrivs det under respektive verksamhetsområde.

Ökad komplexitet och beroende förhållanden i samhället

Samhället präglas av ökad komplexitet och ökade beroendeförhållanden. En grundläggande del av arbetet med risk- och sårbarhetsanalyserna är att bedöma vilka beroenden som är avgörande för att kunna upprätthålla samhällsviktig verksamhet. Beroenden är inte statiska utan förändras över tid på grund av ny teknik, förändrad affärslogistik, specialisering och så vidare. Det är därför viktigt att följa kända beroenden för att se hur konsekvenserna av dem förändras tillsammans med behovet av åtgärder.

Kritiska beroenden är beroenden som är avgörande för att samhällsviktiga verksamheter ska kunna fungera. Sådana beroenden karaktäriseras av att ett bortfall eller en störning relativt omgående leder till funktionsnedsättningar, som kan få till följd att en allvarlig händelse inträffar. Den drabbade verksamheten kännetecknas av att den saknar uthållighet, redundans och möjlighet att ersätta eller fungera utan den resurs som fallit bort.

Kritiska beroenden kan betraktas som sårbarheter som varje verksamhet inom vård och omsorg bör känna till och kunna hantera. Kritiska beroenden återfinns inom samhällsviktiga verksamheter inom bland annat följande områden:

- teknisk infrastruktur, exempelvis elförsörjning och elektronisk kommunikation
- verksamhetsnära system, exempelvis it-system och journalsystem
- samhällsviktiga funktioner inom vård och omsorg, exempelvis hälso- och sjukvårdspersonal, specialistfunktioner, nyckelfunktioner som till exempel TiB, chefsläkare och sjukvårdsledning på regional och lokal nivå
- information, exempelvis intern och extern kommunikation, webb och press
- transporter, varor och tjänster, exempelvis it-support, servicefunktioner, sjukvårdsmateriel och läkemedel.

Samhällsviktiga verksamheter inom vård och omsorg är liksom andra sektorsområden beroende av ett stort antal andra verksamheters varor eller tjänster för att fungera. En beroende verksamhet har behov av den levererande verksamhetens varor eller tjänster.

Störningar i samhällsviktig verksamhet inom vård och omsorg kan ge upphov till en tydlig och direkt inverkan på människors liv och hälsa. Det är troligt att störningar kommer att påverka människors förtroende för offentliga verksamheter eftersom tillgången till sjukvård och omsorg räknas som en medborgerlig rättighet.

Det finns starka beroenden mellan verksamheterna inom sektorn vård och omsorg. Om någon av verksamheterna akutsjukvård, primärvård, omsorgen av äldre och personer med funktionsnedsättningar eller sjukvårdsrådgivning inte fungerar med full kapacitet ökar belastningen för de övriga verksamheterna.

Vård och omsorg innefattar personalintensiva verksamheter och störningar i samhället kan leda till personalbrist. Beroendet av personal är generellt och omfattar samtliga personalkategorier.

Sjukvården blir alltmer specialiserad och kräver särskild kompetens och erfarenhet för viss vård. Även formella krav på rätt behörighet ställs utifrån legitimationskrav och specialistutbildning för läkare och sjuksköterskor. En större sjukfrånvaro bland sjukvårdspersonal under en allvarlig händelse kommer därför inte att kunna kompenseras fullt ut genom omfördelning av personal.

Vårdtyngden på äldreboende och särskilda boenden förväntas att öka kraftigt under till exempel en influensapandemi på grund av sjukfrånvaron [7]. Sjukfrånvaron kan delvis kompenseras genom att man omfördelar personal från andra kommunala verksamheter, men många brukare kommer antagligen förväntas behöva stöd från sina anhöriga.

Kritiska beroenden inom hälso- och sjukvård

Landstingens katastrofmedicinska krisberedskap har en rad beroenden relaterade till externa verksamheter. Om inte dessa beroenden kan säkerställas finns risk för att hälso- och sjukvården och därmed den katastrofmedicinska krishanteringsförmågan inte kan fungera fullt ut i egen samhällsviktig verksamhet. Vid en långvarig allvarlig händelse kan detta få nationella konsekvenser.

Om någon verksamhet inom till exempel akutsjukvården eller primärvården inte fungerar med full kapacitet ökar belastningen för övriga verksamheter i det drabbade länet. Under en pandemisk influensa kan akutsjukvården bli kraftigt ansträngd som en följd av att den egna personalen är frånvarande samtidigt som antalet sjuka ökar trycket på vården. Akutsjukvården kommer också att påverkas som en följd av att andra verksamheter inom vårdsektorn inte kan möta de ökade vårdbehoven.

Det är möjligt att störningar i vården kan påverka andra viktiga samhällssektorer som till exempel räddningstjänst, polis och bevakningsföretag. Om akutsjukvården slås ut eller en allvarlig störning inträffar kan personalen i dessa verksamheter inte verka fullt ut. Det är dock svårt att bedöma hur starkt det beroendet är.

Sjukvården är beroende av den kommunaltekniska servicen för att fungera. Akutsjukvården kan drabbas genom att uppvärmning eller kylning av lokaler inte fungerar, genom svårigheter att upprätthålla en godtagbar och säker hygien för avfallshantering, eller genom att avlopp eller vattenförsörjning inte fungerar.

Ambulanstransporter på väg, i luft och över vatten är känsliga för störningar i samhällsviktiga funktioner. Särskilt vid väderrelaterade naturhändelser och störningar i samhällsviktig teknisk infrastruktur. Framkomliga vägar och goda larm- och kommunikationsmöjligheter är beroenden som kan vara avgörande för människors trygghet, liv och hälsa.

Kritiska beroenden inom socialtjänsten och kommunal vård och omsorg

Socialtjänstens verksamheter är i hög grad beroende av att andra verksamheter inom kommunen fungerar. Även beroendet mellan olika förvaltningar i kommunen och privata aktörer har blivit allt större, det gäller framför allt leverantörer av el, vatten, värme, telefon- och it-tjänster.

Personer i särskilda boendeformer är beroende av el, både för vissa vårdkrävande funktioner såsom förflyttningar, medicinteknisk utrustning, upprätthållande av godtagbar hygien, larmsystem och för själva boendet. Personer med sjukdomar som kräver kvalificerad sjukvårdsapparat kan vårdas i hemmet och med insatser från både hemsjukvården och kommunens hemtjänst. Även denna verksamhet är beroende av el för hjälpmedel av olika slag, till exempel sängliftar som ska fungera dygnet runt [8].

Kommunen är ansvarig för alla som vistas där och avbrott i el-, värme- och vattenförsörjningen kan därför även innebära att socialtjänsten tvingas att ta hand om personer som vanligtvis inte behöver hjälp, men som kommer att behöva det när försörjningen av el, värme och vatten inte fungerar.

Beroende av teknisk infrastruktur

I detta avsnitt lyfts identifierade kritiska beroenden för den samhällsviktiga verksamheten i vård och omsorg. Sådana beroenden karaktäriseras av att ett bortfall eller en störning relativt omgående påverkar verksamheternas förmåga.

Betalningssystemen

I dag har penga- och betalningssystem en central funktion i samhället. Transaktioner mellan privatpersoner, privata företag och offentliga aktörer sker i huvudsak genom elektroniska system med kritiska beroenden mellan flertalet inblandande. Den finansiella sektorn är beroende av tekniska resurser såsom el, telefon och it.

Störningar i olika typer av betalningssystem kan få konsekvenser för hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens administrativa funktioner. Bidrag och ersättningar i socialförsäkringen i form av stöd till barnfamiljer, sjuka och personer med funktionsnedsättningar kan påverkas vid dessa störningar. Inom kommunernas socialtjänst skulle exempelvis utbetalning av försörjningsstöd och ersättning till familjehem kunna påverkas, eftersom utbetalningar sker genom bankernas betalningssystem.

Energiförsörjning

Systemet för att försörja Sverige med energi av olika slag är ett komplext system med många olika aktörer. I normala fall leder inte enstaka händelser eller olyckor inom elproduktionen till elavbrott eftersom produktionen är

spridd på många anläggningar och produktionssätt. Trots att Sverige generellt sett har en hög driftsäkerhet och flexibilitet i energiförsörjningen har omfattande störningar i energiförsörjningen ändå inträffat även i Sverige.

Ett elavbrott kan på kort tid få allvarliga konsekvenser, vilket ett flertal händelser den senaste tioårsperioden har visat, exempelvis stormen Gudrun 2005. Vid ett elavbrott blir de av socialtjänstens boenden som saknar både stationär reservkraft och möjlighet att ansluta till mobil reservkraft eller som inte prioriteras extra utsatta. Mat kan inte lagas eller värmas. Hissar, dörrlås, datorer, radioapparater, telefoner och trygghetslarm slutar att fungera, vilket kan få en mängd allvarliga konsekvenser, både för gruppboenden och för äldre eller personer med funktionsnedsättning i olika former av gruppboenden.

Om inte tillräckligt med reservkraft finns inom kommunen för att driva samtliga boenden kan evakuering bli nödvändig. Även personer som i vanliga fall inte bor på gruppboende kan behöva evakueras till lokaler med reservkraft.

Verksamheter inom akutsjukvården med reservkraft som är relativt välutbyggda för att motstå ett avbrott i elförsörjningen kan ändå drabbas av elavbrott när andra levererande verksamheter störs, till exempel uteblivna bränsleleveranser och störningar i elektronisk kommunikation, orderhantering och i transportnätet. Ett område som inte har tillgång till reservkraft i samma utsträckning är primärvården. Inte heller den kommunala äldreomsorgen eller särskilda boenden har tillgång till någon större reservkraft.

Specialkompetens behövs ofta för att kontrollera reservkraftsanläggningar, vilket kan utgöra en särskild sårbarhet på grund av brist på sådan kompetens.

Flera av landstingens och kommunernas risk- och sårbarhetsanalyser har visat att möjligheterna till leveranser under en långvarig och omfattande allvarlig händelse är små. Skälet är vanligen att samhällets övriga behov av drivmedel vid en inträffad händelse ökar och att en konkurrens om drivmedel eller transportresurser uppstår. Det är inte heller rimligt att anta att särskilda avtal garanterar drivmedelsförsörjningen.

Anläggningar för värme och kyla

En fungerande och patientsäker vård- och omsorgsmiljö kräver reglering av inomhustemperaturen. Efter de senaste årens perioder med höga temperaturer har flera landsting påbörjat arbetet med att säkerställa möjligheten till kyla och luftkonditionering för särskilda vårdmiljöer.

Även i detta avseende finns ett visst beroende av externa leverantörer, exempelvis av fjärrvärme eller fjärrkyla.

Efter den varma sommaren 2014 gjorde IVO en granskning av äldreboendenas beredskap att hantera en värmebölja [9]. Denna visade att beredskapen för att förebygga allvarliga konsekvenser av en värmebölja generellt sett var relativt god, men att en stor andel av kommunerna saknade handlingsplaner.

Dricksvattenförsörjningen

Störningar i dricksvattenförsörjningen kan innebära brist på vatten genom exempelvis en vattenläcka eller genom att dricksvattnet blir otjänligt på grund av exempelvis höga halter av mikroorganismer. Vatten behövs inom vård och omsorg för att kunna upprätthålla exempelvis vårdhygien, tvätt,

mathållning och städning. Störningar i vattenförsörjningen kan påverka hälso- och sjukvården med en ökad vårdtyngd som följd. Även inom socialtjänsten kan en störning i dricksvattenförsörjningen innebära en ökad arbetsbelastning. Dricksvatten kan vid en störning behöva distribueras till de personer som har hemtjänstinsatser, hemsjukvård, liksom till personer som bor i den egna bostaden och som under normala förhållanden inte behöver hjälp, men som kan behöva det vid en störning i dricksvattenförsörjningen.

Elektroniska kommunikationer

Hälso- och sjukvården och omsorgen är känsliga för störningar i elektroniska kommunikationsnät och kommunikationstjänster, som exempelvis fast och mobil telefoni, internet, tv och radio. De elektroniska kommunikationerna är tillsammans med el avgörande för att upprätthålla en normal funktion i samhället.

Sabotage och yttre angrepp sker sällan, men tekniska fel och naturhändelser är vanliga orsaker till avbrott i elektroniska kommunikationer.

Vid ett teleavbrott kan allmänhetens möjlighet att få kontakt med polis, sjukhus, vårdcentraler, SOS Alarm, socialförvaltning och socialjour påverkas. Vidare kan störningar i elektroniska kommunikationer och tjänster leda till att information till allmänheten försvåras eller omöjliggörs, vilket är kritiskt vid hanteringen av en allvarlig händelse.

För socialtjänsten och hälso- och sjukvården kan en it-störning innebära att till exempel journalhantering, receptförskrivning, analys av prover och möjligheten att genomföra undersökningar upphör. Även inom socialtjänsten sker journalhantering, beställning av läkemedel, förbrukningsartiklar med mera på elektronisk väg liksom utbetalning av ekonomiskt stöd och ersättning till familjehem. En störning av it-systemen kan även påverka de system för trygghetslarm som används runt om i landet och ett antal incidenter har redan inträffat.

Sveriges förmåga att hantera allvarliga olyckor och kriser är beroende av att myndigheter, organisationer och privata aktörer har tillgång till tillförlitliga och säkra kommunikationssystem. Inom hälso- och sjukvården är systemet Rakel infört. Hos både Socialstyrelsen och landsting används systemet både till vardags och vid en allvarlig händelse. Det är viktigt att TiB vid landstingen använder Rakel som primärt system för larm och samverkan.

Transportsektorn

Störningar i transportsektorn ger stora konsekvenser för andra samhällsviktiga verksamheter. Beroendet kan gälla transporter för att få leveranser och för att verksamheterna själva ska kunna framföra sina fordon. Kritiska beroenden är till exempel fjärrvärme, livsmedel, mat, akutsjukvård, äldreomsorg och distribution av läkemedel och sjukvårdsmateriel.

Sveriges Åkeriföretag har genomfört en studie om transportsektorns betydelse och rapporterar att bortfall av lastbilstransporter snabbt får allvarliga konsekvenser för vissa samhällsfunktioner. Sjukvården och livsmedelsproduktionen är bland de verksamheter som drabbas först [10].

Akutsjukvården och äldreomsorgen har ett stort behov av leveranser av varor som sterilprodukter, förbrukningsmateriel, medicinsk teknisk utrustning och läkemedel. Det är svårt att lagrhålla sådana resurser på vårdinrätt-

ningar och boenden. Verksamheterna förlitar sig på dagliga leveranser och blir därmed sårbara för störningar i transportsektorn. Sjukvården får dagligen leveranser av textilier. Uteblivna leveranser av textilier drabbar stora delar av sjukvården och kan innebära att planerade operationer behöver ställas in.

Sjukhusen får snabbt problem med avfallshantering, vilket kan leda till störningar i hanteringen av känsligt riskavfall.

Apoteken får leveranser av läkemedel och sjukvårdsmateriel dagligen, som de i sin tur levererar till sjukvården och särskilda boenden.

Inom äldreomsorgen och sjukhus kan transportstörningar leda till att ordinarie matleveranser uteblir vid de vårdinrättningar som får centralt lagad mat som levereras med lastbil.

Vård- och omsorgssektorn är generellt starkt beroende av import av vissa läkemedel samt av medicinteknisk utrustning som tillverkas utanför Sverige. I takt med att livsmedelsdistributionen har blivit mer effektiv har lagerhållningen av läkemedel blivit mindre. Akutsjukhusen och andra vårdinrättningar behöver därför dagliga leveranser eftersom de har minimala lager.

Personer som vårdas i hemmet får vänta längre på vård och omsorg, alternativt kan stöd och insatser utebli när personal inte kan använda sina tjänstebilar vid drivmedelbrist eller när vägar inte är framkomliga.

Kritiska beroenden inom Socialstyrelsen

I detta avsnitt beskrivs vissa kritiska beroende för Socialstyrelsens krisledningsorganisation.

Medicinska experter

Medicinska expertgrupper (MeG) utgör en del av Socialstyrelsens operativa expertstöd inom krisberedskapsområdet vid händelser med farliga ämnen inom det kemiska och radionukleära området (C och RN). Vid en händelse där kemiska eller radiologiska ämnen är inblandade kan de medicinska experterna bistå Socialstyrelsen och, genom Socialstyrelsen, även sjukvården och andra myndigheter med specifik medicinsk kunskap inom C- eller RN-området. Exempel på detta är behandlingsråd som sjukvården kan använda sig av, eller att ta fram information riktad till både allmänhet och professionen inom vård och omsorg.

Kunskapscentrum i katastrofmedicin

Socialstyrelsen har sex kunskapscentrum knutna till sig. Vissa universitet har fått i uppdrag att inrätta kunskapscentrum för att utveckla, bevaka och samordna kunskap inom katastrofmedicin. Tre av kunskapscentrumen verkar inom allmän katastrofmedicin. Dessutom finns ett kunskapscentrum för katastrofpsykiatri och två som bedriver forskning inom strålningsmedicin vid katastrofer respektive katastroftoxikologi.

Dessa kunskapscentrum ska vara förlagda till universitet, myndigheter eller motsvarande med koppling till klinisk verksamhet som bedriver vetenskapligt forsknings- och utvecklingsarbete. Ett kunskapscentrum har till uppgift att

- bedriva vetenskaplig forskning
- genomföra utbildningar och uppdrag

- medverka i utbildning och övningar
- genomföra omvärldsanalys
- vara expertorgan till Socialstyrelsen.

En allvarlig händelse berör ofta ett flertal funktioner i samhället där hälso- och sjukvården utgör en del och det ställs då krav på att de olika aktörerna kan samverka. Av den anledningen är det relevant för forskningen inom det katastrofmedicinska området att beakta och innefatta också andra områden, exempelvis frågor som rör räddningstjänsten.

Katastrofmedicinska insatser ur ett internationellt perspektiv ingår också i kunskapscentrumens verksamhet. Ett av skälen är de katastrofmedicinska insatser i utlandet som Socialstyrelsen är delansvarig för och som beskrivs senare i detta kapitel. Ett annat skäl är att kunskap som inhämtas genom att studera och genomföra insatser i utlandet är väsentliga för att utveckla den katastrofmedicinska beredskapen i Sverige.

Verksamheten kan i vissa fall inriktas mot allvarliga händelser som kräver specifik kompetens som kan vara svår att upprätthålla eftersom det rör sig om händelser som inträffar väldigt sällan, men som när de väl inträffar kräver fördjupad kunskap. Ett exempel på detta är området strålningsmedicin.

En del av forskningen som bedrivs ligger på vad som kan anses vara grundforskningsnivå. Forskningen har i flera fall lett till att nya utbildningar har tagits fram, riktade till hälso- och sjukvården och, i vissa fall, till de samverkande aktörer som sjukvården samarbetar med vid en allvarlig händelse.

Identifierade och analyserade hot och risker

I detta kapitel redogörs för ett antal hot och risker som anses ha hög relevans för konsekvenser på människors hälsa och liv. Socialstyrelsen har sammanställt identifierade hot och risker, samt konsekvenserna för verksamheterna inom myndighetens ansvarsområde i en riskmatris, figur 1. Riskområdena är uppdelade i händelser som kan påverka vård och omsorg och som kan anses vara allvarliga sett ur ett regionalt och nationellt perspektiv. Analysen av sannolikhet och konsekvens bygger på inhämtade regionala risk- och sårbarhetsanalyser från länsstyrelserna, som sedan aggregerats på nationell nivå. De regionala risk- och sårbarhetsanalyserna återger landstingens och kommunernas samlade riskvärdering.

I riskmatrisen nedan illustreras en övergripande beskrivning av sannolikhet och konsekvens för de identifierade riskerna. Numreringen i matrisen följer indelningen av händelserna. Socialstyrelsen har använt en riskmatris där resultaten från riskbedömningen visualiseras enligt MSB:s vägledning [2].

Figur 1. Riskvärdering utifrån identifierade och värderade hot och risker

Mycket hög sannolikhet		4			
Hög sannolikhet		1	2 8 13 15 21	9	
Medelhög sannolikhet		6 19 23	3 5 7 12 14	17 22 24 26	
Låg sannolikhet	27		20	8 11	10
Mycket låg sannolikhet					
	Mycket begränsande	Begränsande	Allvarliga	Mycket allvarliga	Katastrofala

Tabell 4. Identifierade riskområden

Riskområden och risker	
Naturhändelser	Teknisk infrastruktur och försörjningssystem
1. Värmebölja	14. Störningar i dricksvattenförsörjning
2. Stormar och snöoväder	15. Störningar i livsmedelsförsörjning
3. Översvämningar	16. Störningar i finansiella system ¹
4. Skyfall	17. Störningar i elförsörjningen
5. Ras och skred	18. Störningar i elektroniska kommunika- tioner
6. Skogsbränder	19. Störningar i värmeförsörjningen
7. Svaveldimma	20. Störningar i drivmedelsförsörjningen
	21. Störningar i transportsystemet
Andra olyckor	Antagonistiska hot och sociala risker
8. Olycka med utsläpp av farliga ämnen (CBRNE)	22. Antagonistiska hot
9. Olycka i samband med transport av farligt gods	23. Social oro
10. Kärnteknisk olycka	
11. Dammbrott	Sjukdomar
12. Stora transportolyckor (tåg/buss/flyg) ¹	24. Allvarlig smitta
13. Ras, brand eller annan katastrof i publikt område	25. Antibiotikaresistens
	26. Pandemi
	27. Epizooti och zoonos

Förklaring:

¹ Riskvärdering inte genomförd på grund av för litet underlag för analys

Identifierade riskområden

I följande avsnitt beskrivs ett urval av risker som kan leda till konsekvenser för hälsa och liv. Allvarliga händelserna med påverkan på samhällsviktiga verksamheter inom vård och omsorg kan orsaka störningar i exempelvis akutsjukvård, tillgång till sjukvårdsmateriel, läkemedel samt medicinsk teknisk apparatur.

Naturhändelser

Begreppet naturolycka eller naturkatastrof har skilda betydelser inom olika organisationer eller för olika aktörer. Med naturolycka avses naturhändelser med negativa konsekvenser för liv, egendom och miljö. Det svenska begreppet omfattar hela skalan från en begränsad skada till naturkatastrof. Till naturolyckor i Sverige räknas exempelvis översvämningar, ras, skred, erosion, slamström, skogsbränder, stormar, orkaner, extrem nederbörd och värmeböljor [11]. EU anger följande händelser som möjliga orsaker till naturkatastrofer: laviner, stormar, skogsbränder, jordbävningar, vulkanbrott, skred, dammbrott, översvämningar, flodvågor, torka och värmeböljor. EU definierar naturolycka som våldsamma, plötsliga och destruktiva förändringar i miljön utan orsak från mänsklig verksamhet, på grund av fenomen som översvämningar, jordbävningar, eld och orkaner. Konsekvenserna av en naturkatastrof innebär en allvarlig påverkan på samhället som orsakar

omfattande mänskliga, materiella, ekonomiska eller miljömässiga förluster, som överstiger samhällets möjligheter att hantera situationen med egna resurser [12].

Socialstyrelsen fick 2010 i uppdrag av regeringen att analysera effekterna av värmeböljor och behovet av beredskapsåtgärder i samband med dessa [13]. I rapporten framhölls att medvetenheten om hälsorisker med värmeböljor bör höjas och att det bör finnas en säsongsbunden beredskap. Myndigheten konstaterade att det oftast saknas specifika beredskapsplaner och vägledningar på nationell, regional och lokal nivå.

Klimat- och sårbarhetsutredningen (SOU 2007:60) konstaterade att perioder med höga temperaturer blir allt vanligare och att de högsta temperaturerna förväntas leda till en ökad dödlighet, särskilt hos sårbara grupper. Dessutom konstaterades att ökade risker för översvämningar, ras och skred ger risk för personskador och ökade problem för bland annat sjukvård och hemtjänst.

Människors hälsa kan påverkas direkt av extrema väderhändelser. Ett varmare klimat förändrar spridningsmönster av smittor och nya sjukdomar kan nå Sverige [11]. Vid sidan om direkta olyckor och naturkatastrofer är smittsamma sjukdomar och annan hälsopåverkan bland de allvarligaste effekterna av ett förändrat klimat. Antalet skogsbränder ökar troligen, liksom exponering för solen och marknära ozon, vilket har hälsoeffekter. Människors hälsa kan påverkas direkt av extrema väderhändelser som värmeböljor och översvämningar.

Naturolyckor som exempelvis stormar, höga vattenflöden, omfattande skyfall, jordskred, översvämningar och extrema temperaturer kan få konsekvenser för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Det kan handla om påverkan på den tekniska infrastrukturen, exempelvis elförsörjning, elektroniska kommunikationer, värmedistribution och dricksvattenförsörjning. Konsekvenserna kan leda till en allvarlig störning på samhällsviktig verksamhet inom vård och omsorg, särskilt vid en händelse som pågår under en längre tid.

Höga flöden och översvämningar med förstörda vägar som följd, kan försvåra eller omöjliggöra sjuktransporter och andra transporter, till exempel leveranser av läkemedel, sjukvårdsmateriel, förbrukningsförmödenheter, mat och livsmedel. Det kan också innebära att personal inom hemtjänsten och hemsjukvården inte kan ta sig fram. Därutöver kan översvämningar och utebliven värmedistribution leda till att olika boenden och sjukhus måste evakueras, vilket kan öka belastningen på andra boenden och sjukhus eller kräva särskilt iordningställda evakueringsbostäder. Att utrymma olika typer av boenden kräver planering och resurser. Att flytta intensivvårdskrävande patienter kräver särskilda transportresurser med kvalificerad personal. Transporterna kan äventyra en god patientsäkerhet, om inte kvalificerad personal och utrustning kan säkerställas.

Omfattande skogsbränder kan orsaka liknande belastning på landstingens och kommunernas verksamhet som vid översvämningar.

Hälsoaspekternas komplexitet och sektorsövergripande karaktär gör att många myndigheter och andra aktörer involveras i arbetet.

Omfattande bränder

Bränder i publika anläggningar såsom köpcentrum, idrottsarenor, hotell eller ombord på fartyg kan ge stora skadeutfall. Större bränder kan även omfatta när flera byggnader brinner samtidigt, eller på sjukhus och särskilda boendeformer i omsorgen. Även när brand riskerar att hota dessa samhällsviktiga verksamheter som då behöver utrymmas kan det bli stora konsekvenser. En brand i en myndighetsbyggnad kan drabba samhället i stort om konsekvensen blir att myndigheten inte kan bedriva en aktuell samhällsviktig verksamhet.

Sverige har hittills varit förhållandevis skonat från större händelser som inneburit att en storskalig evakuering från ett svenskt sjukhus behövt genomföras. Det är därför viktigt att skaffa erfarenheter från händelser som inträffat både i ett nationellt och internationellt perspektiv. Ur ett internationellt perspektiv finns händelser som medfört att flera sjukhus varit tvungna att evakueras [14].

En god planering för utrymningar av vårdinrättningar, äldreboenden och andra verksamheter kan vara en förutsättning för att rädda människors liv och hälsa i samband med allvarliga händelser. [15].

Nästan 600 personer läggs varje år in på sjukhus till följd av brandrelaterade skador enligt uppgifter i Socialstyrelsens nationella patientregister (PAR). Närmare 80 personer omkom i bränder under 2014 enligt uppgifter från MSB:s dödsbrandsstatistik. De vanligaste huvuddiagnoserna bland patienterna som vårdas är andningsbesvär efter exponering för rök, brännskador, sårskador, frakturer eller hjärtproblem. Den vanligaste dödsorsaken är kolmonoxidförgiftning efter att ha exponerats för rök, gaser eller ångor och därefter brännskador i huden.

Tillgången till högspecialiserad brännskadevård, intensivvårdsplatser och tryckkammarbehandling är exempel på begränsande faktorer för hälso- och sjukvården i samband med omfattande bränder. Brandkatastrofer kan också innebära behov av insatser från socialtjänsten, exempelvis i form av evakuering samt psykologiskt och socialt stöd. Det ställs stora krav på samordning av samhällets resurser för psykologiskt stöd till drabbade och deras anhöriga.

Andra olyckor

Händelser med farliga ämnen (CBRNE)

CBRNE är den internationella förkortningen för Chemical, Biological, Radiological, Nuclear and Explosive, det vill säga kemiska, biologiska, radiologiska, nukleära och explosiva ämnen. CBRNE-händelser är ett samlingsnamn och förkortning för flera typer av allvarliga händelser inom dessa ämnesområden. I Sverige används även farliga ämnen som ett samlingsnamn.

En kortfattad överblick för respektive ämnesområde:

- C-ämnen är kemiska ämnen som kan orsaka skador på växter, djur och människor. C-ämnen förekommer i en mängd olika former och sättet på vilket de orsakar skada kan variera.
- B-ämnen är bland annat virus, bakterier och andra mikroorganismer som kan orsaka skador på växter, djur och människor. Antalet B-ämnen är mycket stort och skadeeffekterna varierar mellan olika ämnen. En egen-

skap som skiljer B-ämnena från övriga ämnena i CBRNE-spektret är att många av dem är smittsamma.

- RN-ämnena består av radiologiska och nukleära ämnena. Dessa kan orsaka strålskador och är i många fall även starkt giftiga. Beroende på halveringstid, det vill säga den tid efter vilken hälften av en given mängd av ett radioaktivt grundämne har sönderfallit, kan RN-ämnena finnas kvar under lång tid efter utsläpp eller spridning.
- E-ämnena är explosiva ämnena. De kan förorsaka skada genom tryckvåg. De kan också användas för att sprida CBRNE-ämnena, exempelvis genom så kallade smutsiga bomber där till exempel E-ämnena och R-ämnena kan vara kombinerade.

CBRNE-händelser kan vara avsiktliga eller oavsiktliga. Den vanligaste händelsen i Sverige är händelser och olyckor med kemikalier, till exempel trafikolyckor där transportfordon är involverade. Händelser med radiologiska och nukleära ämnena och omfattande händelser med kemiska ämnena är förhållandevis ovanliga i Sverige. Biologiska händelser som allvarliga utbrott av högsmittsam sjukdom är också att se som sällanhändelser.

Händelser med radiologiska och nukleära ämnena och biologiska ämnena inträffar sällan i samhället, vilket ger särskilda utmaningar i att hålla kompetensnivån och förmågan att hantera sådana händelser aktuell.

Kemiska händelser

Händelser med kemiska ämnena är de händelser som är vanligast när farliga ämnena är involverade. Detta beror på att det finns en stor mängd kemikalier som transporteras på väg, järnväg och till sjöss. Förutom under transport till industrin sker också olyckor vid intern transport på företag och vid användning av kemikalierna. Även i hemmiljö sker incidenter då kemikalier blandas fel av misstag eller avsiktligt.

Radiologiska och nukleära ämnena

De nukleära och radiologiska hoten kan delas in i tre huvudgrupper: händelser i kärnreaktorer, händelser med radioaktiva ämnena och kärnladdningsexplosioner.

Inget kärnkraftshaveri har inträffat i Sverige, men om ett haveri skulle inträffa i landet eller i grannländer kan haveriet få långtgående konsekvenser. En olycka i ett utländskt kärnkraftverk i Europa skulle kunna ge nedfall av radioaktiva ämnena i stora delar av Sverige. Nedfall som innehåller radioaktivt jod eller cesium kan påverka lantbruk och livsmedelsproduktionen. Områden kan bli obrukbara för mycket långa tider, decennier till sekel, och omöjliga för människor att bo, arbeta och odla eller hålla djur i.

Händelser med radiologiska eller nukleära ämnena är inte speciellt vanliga. När de inträffar får de dock ofta ett stort genomslag i media och skapar oro hos befolkningen.

I svensk industri, sjukvård och forskning finns en stor mängd radioaktiva strålkällor. Radioaktiva ämnena används för att diagnostisera och bota sjukdomar i sjukvården. Vissa strålkällor är mycket farliga och kan orsaka svåra skador och dödsfall om deras strålskydd avlägsnas eller om innehållet på något sätt frigörs så att människor bestrålas. Ett flertal transporter sker i stort

sett dagligen av mindre mängder radiologiska och nukleära ämnen, till exempel isotoper till sjukvården, som används för röntgendiagnostik.

Olyckor med radioaktiva ämnen inträffar inte ofta tack vare den mycket höga skyddsstandard som tillämpas i Sverige och runt om i världen.

Olyckor med farliga ämnen kan drabba och skada ett stort antal personer samtidigt. Vid sådana olyckor kompliceras hälso- och sjukvårdens arbete av att det uppstår ett akut personsaneringsbehov och behov av skyddsutrustning för personalen. Behovet av sanering och tillgång till adekvat skyddsutrustning uppstår både på skadeplatsen och vid akutsjukhusen. Effekterna av en händelse med explosion med inbladning av radioaktiva ämnen kan dock vara förrädiska eftersom förekomsten av radioaktiva ämnen vid en tillsynes konventionell explosion möjligen inte upptäcks förrän strålskador börjar visa sig. Då kan de radioaktiva ämnena redan ha spridit sig över stora områden och många människor kan ha blivit förorenade och fått bestrålning som leder till svåra skador.

Konsekvenserna av olyckor med farliga ämnen kan bli mycket allvarliga inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten och påverka på flera sätt. Personer som har utsatts för till exempel en hög stråldos kan på grund av infektionskänslighet och andra förhållanden behöva högspecialiserad sjukvård av intensivvårdskaraktär. Dessa resurser i Sverige är begränsade även under normala förhållanden, vilket betyder att en ökning av patienter med sådana behov kan förorsaka en stor påfrestning på hälso- och sjukvården. Ytterligare en aspekt är en möjlig anstormning av personer som på grund av oro för eventuella hälsorisker söker vård på akutmottagningar och vårdcentraler.

Tänkbara attentat med radioaktiva ämnen kan leda till en kraftig psykologisk förstärkningseffekt. Denna effekt kan leda till större konsekvenser och kostnader för samhället än vad den direkta strålningseffekten ger. Vid en händelse har centrala myndigheter och aktörer en mycket viktig uppgift att klarlägga en inträffad situation genom att mäta, förklara riskerna och ange vad man bör göra om man tror sig vara drabbad.

Antagonistiska hot och social oro

Social oro

På senare år har allt större intresse riktats mot kriser som har upphov i sociala förhållanden. Länsstyrelsen i Västra Götalands län har tillsammans med Västra Götalandsregionen försökt skapa en gemensam bild av de sociala problem som finns i samhället, vilka risker de kan leda till och hur de kan hanteras. Detta projekt analyserar sociala risker och bakomliggande orsaker, utvecklar metoder för risk- och sårbarhetsanalys samt ger förslag på förebyggande åtgärder för att hantera social oro. Modellen som har kommit att kallas Västra Götalandsmodellen är ett samverkansprojekt som finansierats av MSB och har fått stor genomslag. Sociala risker definieras som sannolikheten för oönskade händelser, beteenden eller tillstånd med ursprung i sociala förhållanden och som har negativa konsekvenser för det som bedöms vara skyddsvärt [16].

Sociala risker i en kommun eller region kan till exempel vara organiserad brottslighet och ungdomsbrottslighet, skadegörelse, missbruk, fysisk och psykisk ohälsa, misshandel samt våldtäkt.

MSB lyfter i rapporten *Sociala risker, civilsamhällets omvandling och strategisk riskhantering* [17] vikten av att myndigheter och verksamheter inkluderar sociala risker i sin risk och sårbarhetsanalys, eftersom sociala risker har en inbyggd potential att övergå till social oro.

I dagens samhälle där information och bilder sprids enkelt har social oro en kraft att uppstå snabbt och sprida sig snabbt, både inom och utanför ett lands gränser. En internationell händelse kan skapa lokal oro och en lokal händelse kan även få internationell spridning.

En konsekvens av social oro kan bli att ambulans- och räddningspersonal får svårigheter att nå fram till eller att omhänderta och transportera bort nödställda personer. Vid upprepade tillfällen under de senaste åren har social oro i Sverige påverkat sjukvårdens möjligheter att kunna utföra sitt arbete i främst storstädernas ytterområden.

Antagonistiska hot

Ett antagonistiskt hot innebär att det finns en aktör med förmåga och avsikt att omsätta hotet i handling och som leder till negativa följder för verksamheten. Antagonistiska hot omfattar inte bara hot om terrorism, utan även hot om sabotage och stöld. Det avgörande är medvetenheten hos den som utför eller avser att utföra en handling.

I den svenska strategin mot terrorism lyfter regeringen socialtjänsten som en viktig aktör i att motverka radikaliserings och förebygga terrorism. Regeringen lyfter även överenskommelser om samverkan mellan kommuner och Polismyndigheten som en viktig faktor i arbetet mot terrorism, eftersom båda aktörerna har en god lokalkännedom och kan skapa en gemensam grund för det lokala brottsförebyggande arbetet [18].

Dagens internationella säkerhetspolitiska läge har också förändrat situationen för den svenska krisberedskapen. Internationellt har flera händelser inträffat, exempelvis terroristangreppen mot World Trade Center i New York den 11 september 2001 och bombattacker mot pendeltågen i Madrid 2004 och i London 2005 samt terrorattentatet i Frankrike 2015 och bombattentatet och skjutningarna i Norge 2011. Ett bombdåd inträffade i centrala Stockholm i december 2010.

Masskadesituationer i kollektivtrafiken eller publika byggnader kan få stora konsekvenser för människors liv och hälsa och därmed leda till stora behov av hälso- och sjukvård. En antagonistisk händelse orsakar stort lidande för skadeoffer och deras anhöriga. Behovet av akutsjukvård och krisstöd förväntas bli stort i det akuta omhändertagandet och under en längre period efter händelsen. De psykiska reaktionerna vid terrordåd är påtagliga bland de drabbade, anhöriga och allmänheten. Sex år efter 11 september-attentaten i New York visade 23 procent av de exponerade personerna posttraumatiska stressymtom [19]. Varaktiga fysiska och psykiska funktionsnedsättningar efter ett stort trauma med påverkan på arbetsförmåga, förmåga till skolgång och utbildning, självständighet och livskvalitet bedöms vara vanliga både hos unga och vuxna.

Landstingens beredskap ska bygga på att det finns en grundförmåga i den fredstida kris- och katastrofmedicinska beredskapen, men gäller även vid krigshot, höjd beredskap och terrorhändelse.

Ett terrorattentat kan få mycket stora konsekvenser både för samhället i stort och för människors liv och hälsa. Svenskar påverkas också av terrorismen utanför Sverige eftersom många reser allt mer och i fler delar av världen.

Sjukdomar

Pandemisk influensa

Influensasjukdomen uppträder i olika svårighetsgrad och omfattning. De årliga influensaepidemiernas påverkan på folkhälsan är omfattande vad gäller sjuklighet. Om en ny variant av ett influensavirus utvecklas som de flesta människor inte har någon immunitet emot, så kommer det med största sannolikhet att leda till en världsomfattande epidemi, en så kallad pandemi. Effekterna på hela samhället förväntas då bli betydande. Pandemier av influensa har historiskt sett uppstått med oregelbundna intervaller, ungefär tre till fyra gånger per århundrade. Svåra pandemier uppskattas medföra hög sjuklighet (över 20 procent) och ett ökat antal dödsfall.

En epidemi eller pandemi skulle i Sverige innebära en stor belastning på hälso- och sjukvården och medföra att kapaciteten vid landets infektionskliniker behöver utökas. Redan en normal influensasäsong kan öka belastningen på hälso- och sjukvården med överbeläggningar som följd. Åtgärder för att hantera en sjukdomssituation, till exempel massvaccinering eller isolering och karantänsåtgärder, tar tid att förbereda och genomföra.

En epidemi eller pandemi innebär även belastning för socialtjänsten och hemsjukvården. En epidemi eller pandemi kan innebära att betydligt fler människor och andra målgrupper än normalt behöver stöd och hjälp.

Ytterligare en aspekt av allvarlig smitta är att personal inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten själva kan drabbas, vilket medför personalbrist och minskad kapacitet inom hälso- och sjukvården och socialtjänstens verksamheter. Det ökade antalet patienter och personer som behöver insatser från socialtjänsten kan också leda till brist på förbrukningsmaterial, vårdutrustning och läkemedel.

Mers

Coronaviruset Middle East Respiratory Syndrome (MERS-CoV) upptäcktes 2012 och sedan 2014 har antalet rapporterade fall i världen ökat. De flesta fall har rapporterats från arabiska halvön och från ett utbrott i Sydkorea med sitt ursprung på den arabiska halvön.

Mers kan orsaka allvarlig lunginflammation och multiorgansvikt. Viruset är livshotande hos individer med riskfaktorer såsom hög ålder, diabetes, hjärt-och kärlsjukdom och kronisk luftvägssjukdom. Dödligheten hos patienter med diagnosticerad mers ligger kring 35 procent. Det finns ingen behandling tillgänglig mot mers-viruset.

Folkhälsomyndigheten utför diagnostik av misstänkta svenska fall, men hittills har inga fall påvisats i Sverige. Mers är från och med den 1 augusti 2015 en anmälningspliktig sjukdom enligt smittskyddsförordningen (2004:255).

Sars

Inom samma familj av coronavirus återfinns så kallad svår akut respiratorisk sjukdom (sars). Sjukdomen kännetecknas av svår lunginflammation, ofta

respiratorkrävande, med snabb smittspridning på vårdinrättningar. I samband med det hittills enda kända utbrottet av sjukdomen i världen under åren 2002–2004 var det vårdpersonal, medpatienter och nära anhöriga som i mycket hög utsträckning insjuknade. Genom massisolering av tusentals sjuka och deras kontakter kunde smittspridningen hejdas och sjukdomen så småningom försvinna. Även för sars-viruset saknas effektiv läkemedelsbehandling.

Sars klassas enligt smittskyddslagen som en allmänfarlig tillika samhällsfarlig sjukdom och inträffade fall anmäls till smittskyddsläkaren i lands-

Ebola

Ebolautbrottet i Västafrika i början av 2014 är det mest omfattande utbrottet hittills sedan sjukdomen upptäcktes på 1970-talet. Ebola är en virussjukdom i Afrika som orsakar blödarfeber (hemorragisk feber) med hög till mycket hög dödlighet. Risken att smittan ska föras till Sverige bedöms vara mycket låg. Det skulle kunna hända om en person smittas av ebola i Västafrika eller något annat afrikanskt land under ett pågående utbrott, och personen under den upp till tre veckor långa inkubationstiden reser till Sverige och insjuknar här.

Ebolavirus smittar mellan människor genom infekterade kroppsvätskor såsom saliv och blod, vilket innebär en stor risk för anhöriga och vårdpersonal.

Ebolavirusinfektion klassas enligt smittskyddslagen som en samhällsfarlig sjukdom och inträffade fall anmäls till smittskyddsläkaren i landstinget och till Folkhälsomyndigheten. Vid misstanke om blödarfeber ska extra smittskyddsåtgärder vidtas av hälso- och sjukvården och patienten provtas och vårdas på en isoleringsavdelning. Vid positivt prov ska patienten flyttas till en högisoleringsavdelning med tillgång till intensivvård för att säkerställa att patienten vårdas korrekt och säkert.

Under ebolautbrottet i Västafrika 2014 inträffade en global brist på personlig skyddsutrustning, exempelvis skyddsdräkter och skyddsglasögon. Brist uppstod även på särskild skyddsutrustning avsedd för isoleringsvård i Sverige och runt om i världen. Ebolautbrottet ledde till att landets isoleringsvård såg över sina handläggningsrutiner och sitt omhändertagande av personer med misstänkt eller konstaterad ebolasmitta. Möjligheten till högisoleringsvård med intensivvård i Sverige är begränsad.

Antibiotikaresistens

Bakterier som har utvecklat motståndskraft, det vill säga resistens, är ett växande folkhälsoproblem som orsakar ökad sjuklighet och dödlighet över hela världen. WHO anser att den ökande antibiotikaresistensen är ett av de största folkhälsoproblemen. Omkring 25 000 européer dör varje år i sjukdomar som orsakas av multiresistenta bakterier [20].

Dagens moderna sjukvård är beroende av effektiva antibiotika vid exempelvis cancerbehandlingar, transplantationer och operationer som innebär en ökad infektionsrisk.

Med ökad och okontrollerad antibiotikaanvändning, även utanför sjukvården, har problemen tilltagit. En annan viktig faktor är även spridningen av antibiotikaresistenta bakterier. Med ökad rörlighet av människor, djur och

livsmedel sker en snabb spridning av antibiotikaresistenta bakterier i samhället och mellan regioner, länder och kontinenter. Samtidigt har utvecklingen av nya antibiotika minskat. Resistens leder till att det allt oftare blir svårt eller omöjligt att behandla vissa infektioner, vilket orsakar patienten onödigt lidande och när det gäller allvarliga infektioner ökar risken för att patienten avlider. Det medför stora kostnader för sjukvården bland annat i form av förlängda vårdtider och dyrare läkemedel.

Störningar i läkemedels- och sjukvårdsmateriel-försörjningen

För att kunna förebygga och behandla skador och sjukdomar när allvarliga händelser och kriser inträffar är tillgången till läkemedel och sjukvårdsmateriel en viktig del av krisberedskapen. *Betänkandet av utredningen åtgärder vid allvarliga krissituationer (SOU 2013:54)* beskriver att landstingen har ett långtgående ansvar för att upprätthålla nödvändig tillgång till läkemedel och sjukvårdsmateriel, vilket också framgår av den lagstiftning som finns inom området. Ansvaret för finansiering bör i enlighet med ansvarsprincipen följa det formella ansvaret om att inför, under och efter en allvarlig händelse upprätthålla nödvändig tillgång till läkemedel och sjukvårdsmateriel [21].

Huvuddelen av beredskapslagrade läkemedel är till för att hantera en pandemi eller andra större utbrott av smittsamma sjukdomar och består av antivirala läkemedel och antibiotika. Vidare lagras ett fåtal antidoter mot kemiska eller radionukleära ämnen [21]. Vid allvarliga händelser kan landsting och kommuner låna, alternativt till självkostnadspris köpa läkemedel, sjukvårdsmateriel och annan utrustning från beredskapslaget.

Läkemedelsförsörjningskedjan kan beskrivas utifrån en kedja av verksamheter som omfattar aktörer från läkemedelstillverkare till partihandlare, som sedan levererar läkemedel till slutförsäljare och slutanvändare.

För att läkemedelsförsörjningen ska fungera är den beroende av andra samhällsviktiga verksamheter. Leverans av läkemedel och sjukvårdsmateriel är beroende av transporter. I Sverige sker leveranserna till största delen med båt- och lastbilstransporter. Dessa verksamheter är i sin tur beroende av el, drivmedel, elektroniska kommunikationer och personal. Avsaknad av inhemsk läkemedelsindustri och vaccintillverkning leder till ett importberoende.

De läkemedel som används inom sjukhusen upphandlas av sjukvårdshuvudmännen, var för sig eller i grupper av huvudmän. Leveranser är oftast ”just in time” och det finns därför inte någon betydande lagerhållning i landet. Begreppet ”just in time” avser en industriell produktionsmetod med syfte att producera och leverera varor i precis den kvantitet och vid den tidpunkt som de behövs [22]. Just in time-filosofin gör att det inte finns utrymme för snabba ökningar av utbudet av läkemedel när det skulle behövas vid en allvarlig händelse.

Bedömning av Socialstyrelsens generella krisberedskap

I detta kapitel redovisas övergripande myndighetens generella krisberedskapsförmåga och arbete att förbygga och hantera kriser oavsett händelse.

Bedömning av Socialstyrelsens generella krisberedskap

Socialstyrelsens krishanteringsförmåga har förbättrats under 2015, utifrån att myndighetens krisledningsorganisation har varit aktiverad, exempelvis vid allvarliga händelser som utbrottet av ebola i Västafrika och jordbävningen i Nepal. Myndighetens krisledning var under ebolautbrottet i Västafrika verksam under en längre tid, vilket gav betydelsefulla erfarenheter för att säkerställa en robust och uthållig organisation. Under ebolautbrottet tog Socialstyrelsen fram en larm- och beslutsordning för hur medicinsk evakuering skulle genomföras i samverkan med andra myndigheter och landsting.

Under jordbävningskatastrofen i Nepal bistod Socialstyrelsen med läkare för stöd vid en eventuell transport av drabbade svenskar från katastrofområdet.

Under året har flera aktiviteter genomförts för att stärka myndighetens krisberedskapsförmåga. Krisledningsorganisationen övats och utbildats under året. Ett utvecklingsarbete pågår inom omvärldsbevakning för att Socialstyrelsen effektivare ska kunna initiera och samordna det arbetet vid allvarliga händelser.

Ändamålsenlig krisledningsorganisation

Årets risk- och sårbarhetsanalys visar att Socialstyrelsen i dag har en ändamålsenlig krisledningsorganisation och därmed beredskap att möta allvarliga händelser inom myndighetens ansvarsområde.

En särskild arbetsordning finns som stöd då krisledningsorganisationen har aktiverats. Planer och åtgärdslistor finns framtagna för krisledningens olika funktioner under, eller vid en risk för, en allvarlig händelse i samhället. Lokaler och tekniska system är dimensionerade och förberedda för att hantera kriser. Socialstyrelsen har en utbildad och övad TiB som är i beredskap dygnet runt. Ytterligare tre funktioner finns i beredskap dygnet runt. Dessa är *analys och samverkan i beredskap*, *kriskommunikatör i beredskap* och *operativ chef*. Dessutom har myndigheten pressjour dygnet runt.

Förmågan att hantera en händelse inom ansvarsområdet kan minska om en händelse uppstår samtidigt eller på grund av andra typer av allvarliga händelser i samhället.

Det finns emellertid åtgärder som bedöms som angelägna för att förbättra och säkerställa förmågan till uthållighet, effektivitet och robusthet under en allvarlig händelse som sträcker sig över en längre tid.

Samverkan mellan Socialstyrelsen och andra aktörer i det svenska krishanteringssystemet ska fortsättningsvis upprätthållas och utvecklas tillsammans med andra aktörer i samhället.

Myndighetens generella krisberedskap

Socialstyrelsens krisberedskapsförmåga bedöms med hjälp av indikatorer från MSB:s föreskrifter (MSBFS 2015:3) om statliga myndigheters risk- och sårbarhetsanalyser. Indikatorerna är besvarade med ett ja eller ett nej beroende på om indikatorn anses vara uppfylld.

Tabell 5 summerar myndighetens bedömning av den generella krisberedskapen.

Tabell 5. Indikatorer för bedömning av statliga myndigheters generella krisberedskap

Enligt MSBFS 2015:3

Område	Nr	Indikator	Ja/nej
Ledning			
Riskhantering			
	1	Ledningen har fattat beslut om hur arbetet med risk- och sårbarhetsanalyserna ska bedrivas.	Ja
	2	Samtliga delar av myndighetens verksamhet beaktas och vid behov involveras i arbetet med risk- och sårbarhetsanalyser.	Ja
	3	Redovisningen av risk- och sårbarhetsanalysen fastställs av myndighetens ledning.	Ja
	4	Risk- och sårbarhetsanalysen används som underlag vid planering och beslut om åtgärder för att stärka myndighetens krisberedskap.	Ja
	5	Relevanta delar av redovisningen från risk- och sårbarhetsanalysen görs tillgänglig för	
		- beslutsfattare och anställda inom myndigheten	Ja
		- berörda aktörer inom ansvarsområdet.	Ja
	6	Det finns en övad och utbildad tjänsteman i beredskap (TiB) som har beredskap dygnet runt alla dagar på året.	Ja
	7	Myndigheten bedriver omvärldsbevakning i syfte att tidigt kunna identifiera och varna för kriser.	Ja
Planering	8	Myndigheten har en fastställd plan för hur de ska hantera kriser som beskriver	
		- hur myndigheten ska organisera sig under en kris	Ja
		- hur myndighetens krishanteringsorganisation leder, samordnar, samverkar samt säkerställer samband för att hantera en kris	Ja
		- vilka lokaler för ledning och samverkan som disponeras vid en kris.	Ja
	9	Myndighetens planering för att förebygga risker och sårbarheter samt plan för att hantera kriser är framtagen i samverkan med andra aktörer, såväl offentliga som privata.	Ja
	10	Det finns dokumenterade rutiner för att aktivera	Ja

		Krishanteringsorganisationen.	
	11	Det finns en beslutsordning och mandat för krishanteringsorganisationen.	Ja
	12	Inom krishanteringsorganisationen finns möjlighet att bedriva	
		- operativ ledning	Ja
		- samverkan	Ja
		- omvärldsbevakning	Ja
		- framtagande av en lägesbild	Ja
		- kriskommunikation	Ja
		- analys av händelseutvecklingen av en händelse på kort och lång sikt.	Ja
	13	Det finns rutiner och planer för att upprätthålla samhällsviktiga verksamheter som myndigheten bedriver eller ansvarar för.	Ja
	14	Planen för hantering av kriser och planerna för att upprätthålla samhällsviktig verksamhet kontrolleras minst en gång per år och revideras vid behov.	Ja
Samverkan	15	Myndigheten har tagit initiativ till att aktörer inom ansvarsområdet samverkar och uppnår samordning i planerings- och förberedelsearbetet inför hanteringen av kriser.	Ja
	16	Myndigheten har fastställda rutiner för att upprätta och förmedla en samlad lägesbild inom myndighetens ansvarsområde avseende kriser.	Ja
	17	Myndigheten har fastställda rutiner för deltagande i samverkanskonferenser.	Ja
	18	Myndigheten har fastställda rutiner för att information till allmänheten vid en kris samordnas.	Ja
Kommunikation	19	Det finns informationskanaler för att ta emot och dela information vid kriser	
		- internt inom myndigheten	Ja
		- till andra krisberedskapsaktörer	Ja
		- till allmänheten.	Ja
	20	Det finns alternativa lösningar för att upprätthålla myndighetens prioriterade kommunikation	
		- inom myndigheten	Ja
		- gentemot andra krisberedskapsaktörer	Ja
		- till allmänheten vid inträffad händelse.	Ja
Informationssäkerhet	21	Myndigheten ställer krav på informationssäkerhet när informationshantering upphandlas av en extern leverantör.	Ja
	21x	Myndigheten hanterar information säkert. Systematiskt säkerhetsarbete bedrivs i enlighet med MSB:s föreskrifter (MSBFS 2009:10) om statliga myndigheters informationssäkerhet.	Ja
	21x	Myndigheten har rutiner för att identifiera och hantera kritiska beroenden till system och tjänster för informationshantering som är av central betydelse för myndighetens verksamhet.	Ja
Kompetens	22	Personalen i krishanteringsorganisationen har utbildning och kännedom om sin och myndighetens roll och ansvar vid en kris.	Ja
	23	Personalen i krishanteringsorganisationen har kännedom om andra relevanta aktörers roller och ansvar vid kriser.	Ja

Övning	24	Det finns en utbildnings- och övningsplan för mandatperioden som efterföljs.	Ja
	25	Har myndighetens ledning övats under det gångna året?	Ja
	26	Har krishanteringsorganisationen övats under det gångna året?	Ja
	27	Har myndigheten under det gångna året deltagit i planering, genomförande eller utvärdering av samverkansövning på lokal, regional och/eller nationell nivå?	Ja
	28	Har myndigheten utvärderat de övningar som genomförts under det gångna året?	Ja
	29	Myndigheten har rutiner för att ta till vara erfarenheter från inträffade händelser och övningar.	Nej
Resurser	30	Myndigheten har en behovsanalys av vilka materiella och personella resurser som krävs för att hantera kriser.	Ja
	31	Myndigheten har uppdaterad/aktuell dokumentation rörande vilka interna materiella och personella resurser som finns att tillgå vid en kris.	Ja
	32	Det finns rutiner för att genomföra underhåll och kontrollera funktionalitet på de materiella resurserna som endast används vid kriser.	Ja
	33	Det finns avtal eller överenskommelser med externa aktörer om förstärkningsresurser vid kriser.	Ja
	34	Det finns rutiner för att begära och ta emot förstärkningsresurser (materiella och personella) från externa aktörer (lokala/regionala/nationella/internationella) i samband med kriser.	Ja
	35	Lokalerna till krishanteringsorganisationen är utrustade och testade avseende åtminstone	
		- elförsörjning, med möjlighet till reservkraftförsörjning, till lokaler, arbetsplatser och tekniska system med en uthållighet om minst en vecka	Nej
		- it-försörjning	Nej
		- tekniska system för kommunikation och samlad lägesbild (t.ex. Rakel och WIS)	Ja
		- tillgång till vatten för hantering av mat, dryck och hygien som medger uthållighet om minst en vecka.	Nej
	36	Det finns utpekad alternativ lokalisering för krishanteringsorganisationen.	Nej

I tabell 6 kommenteras indikatorer som besvarats med ett nej. Till indikatorerna finns planerade eller pågående utvecklingsarbeten inom myndigheten.

Tabell 6. Kommentarer till indikatorerna

Indikator nr	Indikatorområde	Kommentarer
29	Uppföljning och utvärdering efter händelse eller övningar	Händelser och övningar följs upp, men en systematik för utvärdering behöver utvecklas.
35	Robust krisledningsrum	Kan inte säkerställa ett långvarigt bortfall av el, vatten, mat och dryck, hygienartiklar, it-försörjning.
36	Alternativ lokalisering	Myndigheten påbörjat undersökning av möjlighet till samlokalisering hos annan myndighet.

Erfarenheter från inträffade händelser och övningar följs upp, men det finns ett behov av att systematisera utvärderingen.

Det kvarstår ett behov av att se över och tillgodose myndighetens samhällsviktiga verksamhet avseende it-miljö, drivmedel och förnödenheter för att skapa uthållighet. Avseende framför allt reservkraft och drivmedel bedömer myndigheten att det finns svårigheter att säkerställa tillgång till drivmedel. Särskilda avtal om drivmedelsförsörjning är sannolikt ingen garanti för att tillgodose myndighetens behov av drivmedel under en långvarig och omfattande händelse i samhället, utifrån force majeure.

Förmågan att under en händelse kunna flytta myndighetens krisledningsorganisation behöver säkerställas. Flytt av verksamheten och sådana rutiner har inte övats. Myndigheten har påbörjat arbetet med att undersöka möjligheten till alternativ lokalisering för krisledningsorganisationen. Syftet är att undersöka möjligheten till samlokalisering med annan myndighet inom krisberedskapssystemet i händelse att befintlig lokal blir utslagen.

Identifierade sårbarheter och brister i krisberedskap inom myndigheten och inom vård och omsorg

I detta kapitel beskrivs identifierade sårbarheter och brister i krisberedskap inom myndigheten och ansvarsområdet. Redovisningen utgår från de identifierade kritiska beroendena och identifierade risker i landstingens och kommunernas risk- och sårbarhetsanalyser.

Konsekvenser av allvarliga störningar

Skydd av samhällsviktig verksamhet avser åtgärder och aktiviteter som behöver vidtas för att säkerställa förmåga och kontinuitet hos samhällsviktig verksamhet, det vill säga aktiviteter som bidrar till förmågan till resiliens, att motstå eller begränsa konsekvenser av allvarliga störningar samt förmågan att återhämta sig från sådana störningar. Åtgärderna handlar om att förebygga, förbereda, hantera samt följa upp och lära.

Verksamhet på lokal nivå är till exempel kommunal äldreomsorg och omsorgsboende för personer med psykisk funktionsnedsättning. En allvarlig störning eller händelse som påverkar till exempel transporter eller dricksvattenförsörjning i en mindre kommun kan få svåra konsekvenser på lokal nivå, men inga eller lindriga konsekvenser på regional nivå. Genom spridningseffekter kan dock en lokal störning ge effekter både regionalt och nationellt.

En allvarlig händelse som medför en störning eller ett avbrott i transporter eller energiförsörjning kan få konsekvenser på såväl lokal som regional, nationell och internationell nivå.

De samhällsviktiga verksamheterna inom vård och omsorg har beroenden kopplade till elförsörjning och elektroniska kommunikationer. Dessa verksamheter har ett utpräglat behov av kvalificerad personal som kan sköta drift och reparationer. De utgör en strategisk resurs som behöver vara dimensionerad för de behov som kan uppstå vid en allvarlig händelse och störningar i samhället.

En verksamhet kan drabbas av konsekvenser av ett elavbrott trots att den har reservkraft. Verksamheterna kan nämligen påverkas av att andra levererande verksamheter drabbas om de i sin tur inte har reservkraft eller att andra störningar uppstår. Akutsjukvården är exempel på en verksamhet som kan drabbas av ett elavbrott även om reservkraften fungerar bra.

En stor del av de samhällsviktiga verksamheterna inom vård och omsorg är beroende av fungerade transporter. Verksamheterna förlitar sig på regelbundna, i vissa fall dagliga, leveranser och har inga eller starkt begränsade egna lager. En ofrivillig kapacitetsnedgång i transportsektorn behöver kunna hanteras lokalt och regionalt, till exempel genom att man prioriterar leveranser till samhällets viktiga verksamheter.

Identifierade brister inom hälso- och sjukvård

I detta avsnitt lyfter Socialstyrelsen upp särskilt identifierade sårbarheter och brister i hälso- och sjukvårdens krisberedskap utifrån risk- och sårbarhetsanalysen.

Specialiserad vård och beroenden

En störning eller allvarlig händelse i en samhällsviktig verksamhet inom hälso- och sjukvården som till exempel akutsjukvården får sannolikt konsekvenser på regional nivå, eftersom upptagningsområdet ofta omfattar en del av länet och flera kommuner. I särskilda fall kan störningar och allvarliga händelser som påverkar ett sjukhus med specialistkompetens, såsom brännskadevård och neurokirurgisk vård, även leda till konsekvenser på nationell nivå. I dag finns särskilda kompetenser och särskilda resurser vid landets sju universitetssjukhus som är avgörande för en allvarlig händelse med stort skadeutfall. Övriga landsting är beroende av att dessa verksamheter fungerar såväl till vardags som vid allvarliga händelser, med eller utan störningar i samhällets funktionalitet.

Förmåga att hantera allvarlig smitta och pandemier

För att lyckas i hanteringen av utbrott av smittsamma sjukdomar behövs en god beredskap på nationell, regional och lokal nivå i form av handlingsplaner, tillgång till beredskapslager, tillgång till tillräckligt med kompetent personal, strukturer för samverkan och kommunikation. Resurser för beredskap för utbrott måste säkerställas och en planering för flexibel kapacitetsökning måste finnas inom vården och på laboratorier.

Högisoleringsvård i Sverige kan för närvarande endast erbjudas på infektionskliniken vid Universitetssjukhuset i Linköping där två patienter kan vårdas samtidigt, men endast en med intensivvårdsbehov.

En ökad risk för import av ebola, andra hemorragiska febrar och övriga högsmittsamma allvarliga infektioner som fågelinfluensa, högresistent lungtuberkulos och mers innebär att kapaciteten för högisoleringsvård i landet behöver utökas.

Brist kring läkemedelsberedskap

En minskad lagerhållning av läkemedel på apotek, sjukhus och hos grossister kan i samband med en allvarlig händelse leda till ökad sårbarhet.

Det saknas en samlad bild över hur landstingen upprätthåller en nödvändig tillgång till läkemedel och sjukvårdsmateriel. En gemensam ambitionsnivå bör upprätthållas när det gäller vilka hot Sverige bör ha beredskap för samt vilka läkemedel och sjukvårdsmateriel som det är nödvändigt att ha tillgång till.

Enligt en utredning om bland annat de statliga beredskapslager som finns har landstingen använt sig av lagren i liten omfattning och det saknas till stor del en analys och plan för hur lagren av framför allt materiel ska användas [21].

Den största risken när det gäller hälso- och sjukvårdens behov av läkemedel är för olika typer av bristsituationer som kan uppstå. Socialstyrelsen

bedömer att landstingen bör stärka sin beredskap för sådana situationer. Det krävs i en sådan beredskap ett långsiktigt perspektiv samt landstingsgemensam samordning.

Radiologiska och nukleära ämnen

Kärnkraftsolyckan i Fukushima i mars 2011 har ytterligare belyst ett flertal hot och risker, och gett en ökad insikt om styrkor och brister i den svenska förmågan att hantera en allvarlig händelse med radiologiska och nukleära ämnen.

Erfarenheter från övningar och händelser som inträffat visar att det krävs en ökad satsning på utbildning och övning för att stärka kompetens och förmåga att hantera nukleära och radiologiska händelser.

Sjukvården behöver en god kunskap och en organisation för att hantera akut strålskadade och kontaminerade personer. Strålsäkerhetsmyndigheten (SSM), lyfter i sin senaste risk- och sårbarhetsanalys upp behovet av att säkerställa att lokala aktörer har tillgång till specialistkompetens och avancerad mätutrustning för att stärka strålskyddsberedskapen [23]. En åtgärd är därför att förbättra rutiner för operativ samverkan mellan polis, räddningstjänst, sjukvård och strålskyddsspecialister, samt att öka kunskapen om tillgängliga stödresurser.

Prehospital akutsjukvård

En väl fungerande prehospital akutsjukvård är en viktig del i ett modernt hälso- och sjukvårdssystem, som förväntas fungera såväl i vardag som vid en allvarlig händelse. I detta inkluderas också en effektiv prioriterings- och dirigeringsfunktion. Genom en prehospital akutsjukvård med rätt förmåga och kompetens minskar dödligheten inom den prehospitala akutsjukvården och eftervården [24, 25]. I ett risk- och sårbarhetsanalysperspektiv anses därför prehospital akutsjukvård vara samhällsviktig verksamhet.

Betydelsen av rätt kompetens och förmåga är lika viktig inom den prehospitala akutsjukvården som inom den hospitala vården. Nya diagnostiska hjälpmedel och avancerade livräddande åtgärder finns tillgängliga tidigt i vårdkedjan och förmågan till avancerade vårdinsatser under transport är ofta en förutsättning för att på ett säkert och effektivt sätt kunna utföra primära transporter av patienter direkt till rätt vårdnivå, ofta högspecialiserad vård. Dessutom bör den prehospitala akutsjukvården också kunna hantera utmaningen att på ett säkert sätt och utan förlust i vårdkvalitet kunna sekundärtransportera de patienter som ändå inledningsvis hamnat på en för låg vårdnivå. Socialstyrelsens har även haft ett regeringsuppdrag som omfattar en traumautredning med en kartläggning av bland annat Sveriges prehospitala akutsjukvård. Kartläggningen visar att en tredjedel av landstingen saknar samordning mellan särskilda planer för prehospital styrning av traumapatienter och den regionala katastrofmedicinska beredskapsplanen, vilket kan utgöra en sårbarhet i RSA-sammanhang. Kartläggningen visar vidare att en femtedel av landstingen utför vägburna sekundär- och intensivvårdstransporter mellan sjukhus medan närmare hälften av landstingen inte har säkerställt tillgången till luftburen transport av traumapatienter, även då geografiska- och tidsmässiga faktorer så kräver. För att kunna möta kraven på kvalificerad

prehospital akutsjukvård finns behov av regelbunden övning och kompetensutveckling vilket är relevant också utifrån ett krisberedskapsperspektiv.

Civilmilitärt samarbete

I arbetet med planeringen av det civila försvaret har hälso- och sjukvården en viktig roll. Några landsting har påbörjat arbetet med att utveckla civilmilitära samarbetsformer på regional nivå. Landstingen efterlyser nationell samordning och vägledning i det fortsatta arbetet. Socialstyrelsen bedömer därför att det i ett nationellt perspektiv finns ett betydande utvecklingsbehov i denna del. Bakgrunden till detta är att regeringen anger att civilt försvar och arbetet med detta ska ta sin utgångspunkt i samhällets krisberedskap och syftar till att inför och under höjd beredskap samt under krig värna befolkningen, säkerställa de viktigaste samhällsfunktionerna samt bidra till Försvarsmaktens förmåga att möta ett väpnat angrepp [26]. Strukturer och processer som används inom krisberedskapen bör då så långt det är möjligt även användas i planeringen av det civila försvaret. Exempelvis bör arbetet med risk- och sårbarhetsanalyser beakta både krissituationer i fredstid och situationer med höjd beredskap.

Identifierade brister inom socialtjänsten

I detta avsnitt lyfter Socialstyrelsen upp särskilt identifierade sårbarheter och brister i socialtjänstens krisberedskap utifrån risk- och sårbarhetsanalysen.

Brister vid evakuering

Olika situationer såsom elavbrott och dricksvattensstörningar kan leda till ett behov av att evakueras personer både i socialtjänstens boenden och äldre personer och personer med funktionsnedsättningar i privata boenden. Kommunerna anger att detta är ett scenario som de har haft för lite övning i och som de ser risker med. Dels lyfts bristen att det inte finns tillräckligt med lokaler med reservkraft, dels kommer själva evakueringen och bedömningen av behovet av evakuering att kräva omfattande personalresurser.

Begränsad tillgång till akutsjukvård och antal vårdplatser vid evakueringsbehov beskrivs som en risk i kommunernas risk- och sårbarhetsanalyser.

Otillräcklig övningsverksamhet

Enligt lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och förhöjd beredskap är det kommunens ansvar att den anställda personalen får den övning som behövs för att lösa sina uppgifter vid en allvarlig händelse.

Brister inom övningsverksamheten för evakuering lyfts återkommande i kommunernas och länsstyrelsernas risk- och sårbarhetsanalyser. I flera kommuner saknas alternativa lokaler för den samhällsviktiga verksamheten eller tillräckligt många lokaler med reservkraft för att klara en evakuering.

Övningsverksamhet är en viktig del i det förberedande arbetet inför en allvarlig händelse eftersom det ger praktiska och mentala förberedelser till de personer som ingår i krisorganisationen. Personalen i de olika verksamheterna måste veta hur de ska agera i händelse av en allvarlig händelse, till exempel vid en brand, evakuering eller utsläpp av farliga ämnen. Övningar

hjälp till att tydliggöra vad som behöver förbättras i krisplaneringen, vilket materiel som saknas och vilka funktioner som behöver förtydligas. Det är viktigt att övningsverksamheten involverar nyckelpersoner inom socialtjänsten för att minska risken för oklarheter i ansvar och roller vid en inträffad händelse.

Otillräckliga resurser vid evakuering

Förutom situationen att evakuering inte har övats i tillräcklig utsträckning, så anger flera kommuner att de identifierat brister i de resurser som finns att tillgå vid en händelse av en evakuering, både vad gäller lokaler att evakueras till, personal och fordon för att genomföra evakueringen samt vårdplatser till personer i behov av sjukvård. Detta kan innebära att evakueringen inte kan genomföras i enlighet med den plan som kommunen har tagit fram. Kommunen behöver säkerställa att alla personer kan få den hjälp och det stöd som de är i behov av vid en allvarlig händelse.

Brister kring anpassad kommunikation till särskilda målgrupper vid en allvarlig händelse

Vid en allvarlig händelse är snabb och tydlig information både externt och internt oerhört viktig, både för att kunna åstadkomma samordning och undvika onödig ryktesspridning och oro.

En allvarlig händelse kan komma att kräva omfattande informationsinsatser till kommunens invånare och inte minst till socialtjänstens olika målgrupper, bland annat kan det krävas uppsökande verksamhet. Framför allt gäller det vid beslut om utrymning då socialtjänstens målgrupper liksom allmänheten behöver få information för att förstå det inträffade, acceptera utrymningsbeslutet och kunna agera enligt anvisning. Det gäller att kunna övertyga människor om att lämna sina hem och därmed en stor del av sin trygghet. Socialtjänsten kan även behöva gå hem till enskilda brukare för att försäkra sig om att de förstått budskapet, till exempel vid ett behov av evakuering, vilket är resurskrävande. Även kommunens externa webbplats är oerhört viktig vid en kris eftersom studier visar att medborgarna gärna vänder sig till myndigheternas webbplatser när en händelse inträffar och de har hög tilltro till informationen som finns där. Otillräcklig eller otydlig information kan leda till onödig oro eller att personer inte får det stöd eller den information de är i behov av.

Om inte informationen samordnas finns det också en risk att allmänheten nås av olika besked vid en allvarlig händelse. Geografiskt områdesansvariga aktörer har en lagstadgad skyldighet att informera och samordna informationen. Vid utformning och distribution av information behöver hänsyn tas till befolkningens olika behov. Exempelvis bör beaktas hur budskapet formuleras, vilka kanaler det distribueras i och vilka språk som ska användas, inklusive teckenspråk.

Kommunikation till berörda vid en händelse

Ett flertal kommuner anger i sina risk- och sårbarhetsanalyser att det finns oklarheter inom kommunens rutiner för intern kommunikation vid en allvarlig händelse. Identifierade brister är exempelvis en osäkerhet på vem som ska ta emot information och hur den personen ska föra den vidare. Hur ska

kommunens personal informeras ute i verksamheterna? Och hur informeras personal som är ledig eller är hemma sjuka?

En identifierad brist i de kommunala risk- och sårbarhetsanalyserna är att den information som ska publiceras på den externa webbplatsen inte är anpassad till de språkgrupper som finns i närområdet.

Oklarheter i kommunernas interna och externa kriskommunikation kan skapa osäkerhet för de inblandade och riskerar att leda till fördröjd information eller att felaktig information sprids till personalen eller till allmänheten.

Brist på avtal mellan kommunen och andra aktörer som reglerar samverkan vid en allvarlig händelse

Såväl till vardags som vid en allvarlig händelse är socialtjänstens verksamheter i hög grad beroende av privata aktörer och andra kommunala verksamheter inom den geografiska kommunen. Som exempel kan nämnas privata leverantörer av el, vatten, värme, telefon- och it-tjänster, men även hälso- och sjukvårdsinsatser till personer som bor i eget boende och socialtjänstverksamheter med en annan huvudman.

Kommuner ska enligt lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och förhöjd beredskap verka för att olika aktörer inom den geografiska kommunen samverkar och uppnår samordning i planerings- och förberedelsearbetet samt att de krishanteringsåtgärder som vidtas under en sådan händelse samordnas. Med olika aktörer menas till exempel landsting, organisationer och företag [27]. För att samverkan ska fungera vid en allvarlig händelse är det angeläget att avtal tecknas mellan kommunen och de privata aktörerna kring samverkan inför, under och efter en allvarlig händelse samt att det regleras hur exempelvis störningar och bristsituationer som kan uppstå hanteras vid en allvarlig händelse. Om det saknas en överenskommelse om hur en allvarlig händelse ska hanteras och hur resurser ska säkerställas, kan det få allvarliga konsekvenser för personer som är beroende av socialtjänstens insatser.

En undersökning genomförd vid Mittuniversitet 2013 visade att tre av fyra kommuner inte hade gjort tillräckliga förberedelser för samverkan mellan kommunen och de privata aktörerna inom kommunen vid en allvarlig händelse, vilket visar att det finns stora brister inom detta område som kan få allvarliga konsekvenser vid en kris [28].

Störningar i elförsörjning och dricksvatten

En tidigare undersökning av kommuners tillgång till reservkraft visade att endast ett fåtal av kommunerna hade stationär reservkraft till samtliga äldreboenden [29]. Detta innebär att kommunerna förlitar sig till ambulansreservkraft mellan kommunernas omsorgsboenden, vilket kan vara sårbart vid en extrem vädersituation. I de kommunala analyser Socialstyrelsen tagit del av anger kommunerna att de planerar sammanslagningar av flera boenden för att tillgodose behovet av reservkraft. Detta innebär att evakueringar kommer att bli nödvändiga vid störningar i elförsörjningen.

Kommuner med verksamheter i glesbygd uppger även att det kan uppstå problem med transporter av reservkraft och andra förnödenheter om det samtidigt uppstår någon form av transportstörning till följd av olika väderförhållanden. En brist som lyfts är att det generellt är så att den reservkraft

som finns endast räcker för två till tre dagars elavbrott. Att kommunerna inte kan säkerställa tillgången till reservkraft innebär att verksamheten vid ett elavbrott inte kan nå upp till de krav på kvalitet och säkerhet som ställs i gällande författningar.

IT och telefoni

I kommunernas risk- och sårbarhetsanalyser lyfts fram att ett avbrott i it-systemen skulle få omfattande konsekvenser eftersom även telefonin inom kommunen skulle drabbas. I risk- och sårbarhetsanalyserna framgår att det ofta finns en plan för hur kommunens externa webbplats ska fungera och att de upphandlat tjänster av sin it-leverantör för att säkerställa att it-systemen inte får längre avbrott. Kommunerna anger också att de har tillgång till, eller planerar att införskaffa, Rakel-enheter för att kunna kommunicera även under en it-störning.

Bristande avtal med frivilliga aktörer

Av de kommunala risk- och sårbarhetsanalyserna som inhämtats i år framgår att vissa kommuner vid en allvarlig händelse till viss del kommer att förlita sig på stöd från frivilligorganisationer. Dock finns sällan avtal nedtecknade om dessa resurser i händelse av en allvarlig händelse. Socialstyrelsen anser att det är en sårbarhet om en del av kommunernas resurser vid en allvarlig samhällsstörning bygger på att aktörer ska ställa upp frivilligt utan att det finns något avtal tecknat om detta.

Sårbarheter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst

De konsekvenser av en händelse som en viss aktör eller samhället i stort inte kan förutse, hantera, motstå eller återhämta sig ifrån definieras som sårbarheter i rapporten. I detta avsnitt förs ett mer övergripande resonemang kring utvecklingsmönster i samhället som kan innebära en ökad sårbarhet inom Socialstyrelsens ansvarsområden.

Bemanning och kompetensbrist

Vid en extraordinär händelse är det av vikt att det finns personal med erfarenhet och kompetens både inom den kommunala krisledningen och i den vardagliga verksamheten, vilket delar av socialtjänsten i dag har svårt att säkerställa.

Personalomsättningen inom socialtjänsten har ökat och många kommuner vittnar om att de har svårt att attrahera personal till vakanta tjänster och att behålla befintlig personal. Inom framför allt barn- och ungdomsvården utförs en stor del av arbetsuppgifterna av nyanställda och ofta nyutexaminerade socionomer. Sju av tio chefer inom den sociala barn- och ungdomsvården har mindre än tre års erfarenhet [30, 31].

IVO konstaterar i sin tillsynsrapport för 2014 [32] att många brister inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården kan kopplas till personalkontinuitet och svårigheter med tillgång till rätt kompetens inom exempelvis äldreomsorgen, primärvården, psykiatri och den somatiska specialistvården. Särskilt drabbas de patienter eller brukare som tillhör en riskgrupp, det vill

säga de mest sjuka äldre, personer med funktionsnedsättning eller på annat sätt utsatta vuxna och barn, som kan ha svårt att själva ta ansvar för sin vård eller som har komplicerade tillstånd som ställer höga krav på samordning mellan verksamheter. Tillsynen inom äldreomsorgen har dessutom visat att det nattetid ofta är låg bemanning, ibland med vikarier i tjänst som kan sakna både utbildning och erfarenhet. IVO:s bedömning i sin tillsynsrapport var att situationen inom socialtjänsten var bekymmersam och alarmerande. Svårigheter att rekrytera socialsekreterare i allmänhet och behålla erfarna socialsekreterare inom den sociala barn- och ungdomsvården i synnerhet har enligt IVO lett till en situation där socialtjänsten inte klarar att hantera sitt uppdrag i den ordinarie verksamheten.

De pågående flyktingströmmarna har inneburit en kraftigt ökad ytterligare belastning på socialtjänsten.

Vårdplatser

I Sverige har antalet vårdplatser per invånare minskat konstant de senaste åren enligt statistik från Sveriges Kommuner och Landsting, SKL. År 2014 fanns i Sverige 2,07 vårdplatser för specialiserad somatisk vård per 1 000 invånare, jämfört med 2,12 för 2013. Statistiken visar att antalet disponibla vårdplatser per tusen invånare under senaste året fortsatt att minska. Under 2014 visar SKL:s statistik att andelen överbeläggningar för hela landet var 2,9 överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser [33]. OECD (Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling) konstaterar att Sverige i dag har ett litet antal vårdplatser per invånare i förhållande till andra jämförbara länder inom OECD [34].

Det är väsentligt att akutsjukhusens kapacitet är utredd och känd på förhand och att en plan finns för hur man ställer om verksamheten när flera skadade patienter kommer in samtidigt. Vid ett större antal skadade i samband med en allvarlig händelse kan behovet av vårdplatser säkerställas först efter ett omfattande omdisponeringsarbete, som innebär en prioritering av vårdplatser, intensivvårdsresurser och postoperativa vårdplatser som kräver medicinska och etiska ställningstaganden.

Privata utförare

Under senare decennier har konkurrensutsättning inneburit att många samhällsviktiga verksamheter inom socialtjänsten nu drivs av privata aktörer. Vid en allvarlig händelse ansvarar vistelsekommunen för akut stöd och hjälp till de personer som vistas där. Detta inkluderar vid behov akuta vård- och omsorgsinsatser, dock om personen vistas i kommunen till följd av ett placeringsbeslut av en annan kommun är det den placerande kommunen (boendekommunen) som har det huvudsakliga ansvaret för personens vård och omsorg. Den som bedriver verksamheten ansvarar för att verksamheten har förutsättningar att bedrivas med god kvalitet enligt socialtjänstlagen.

I avtal och upphandlingar inom vård och omsorg är det viktigt att kommunerna också inkluderar krisberedskapsaspekter och tydliggör vilka åtaganden som gäller före, under och efter en allvarlig händelse för bosättningskommunen, vistelsekommunen och utföraren.

Fler bor kvar och vårdas i eget boende

Antalet personer som vårdas inom hemsjukvården och har insatser från hemtjänsten har ökat konstant under 2000-talet. Vid en allvarlig händelse, till exempel vid störningar i den kommunaltekniska försörjningen, kan detta medföra problem i form av exempelvis vattenbrist, att medicinteknisk utrustning som är elberoende slutar fungera och att mat inte kan tillagas. Om telefoni och it slås ut kan inte hemtjänsten komma in i vissa portar och trygghetslarm slutar att fungera. Personerna kan då inte heller komma i kontakt med personal och anhöriga via telefon, vilket innebär att hemtjänsten regelbundet behöver åka ut till alla brukare så länge avbrottet pågår. Sådana situationer innebär att det krävs mer personal inom socialtjänsten och för hemsjukvården kan det innebära att personer som får sjukvård i hemmet måste läggas in på sjukhus.

Situationen med många som bor hemma ställer också stora krav på samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården, både under normala förhållanden och vid en allvarlig händelse.

Även allt fler personer med sjukdomar som kräver kvalificerad sjukvårdsapparat vårdas i hemmet. Om rutinerna för samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten vid en allvarlig händelse är otydliga finns det risk att personer blir utan den vård de är i behov av. De avtal som tecknas med privata aktörer bör därför även omfatta personer som vårdas i eget boende.

Sårbarhet i läkemedelsförsörjningen

Sverige är ett importberoende land generellt när det gäller läkemedel. Sveriges inhemska produktion av läkemedel är liten och inga vacciner produceras nationellt [21].

En kartläggning genomförd av Läkemedelsverket visar att restnoteringar i Sverige som lett till läkemedelsbrist i vardagen har både produktionsrelaterade och logistikrelaterade orsaker. Exempelvis lyfts brist på aktiv substans, kvalitetsdefekter, transportskador, felbedömningar i planering och ändringar i tillverkningsprocessen som orsaker [35].

Många olika händelser kan enskilt eller i samverkan bidra till att läkemedelsbristsituationer uppstår vilket i sin tur kan leda till brister i förmågan att säkerställa läkemedelsförsörjningen under en allvarlig händelse. Svårigheter med att prioritera läkemedel handlar bland annat om vilka samhällsviktiga verksamheter och särskilda målgrupper som ska prioriteras. Större erfarenheter av detta, bland annat övningar, saknas på regional och nationell nivå i dag.

Ökad specialisering av hälso- och sjukvården

Kunskapsutvecklingen inom hälso- och sjukvården har inneburit ökade möjligheter att framgångsrikt behandla enskilda patienter med svåra och ovanliga sjukdomstillstånd. Detta har medfört större krav på särskild medicinsk och teknisk kompetens och behov av särskild, ofta dyrbar, utrustning. Konsekvensen har blivit att den högspecialiserade vården är koncentrerad till ett fåtal sjukhus i landet. Denna utveckling innebär i sig en ökad sårbarhet eftersom ett oförutsett bortfall av ett visst sjukhus kan leda till att den nationella förmågan att behandla vissa patientgrupper försvagas eller upphör.

Det är därför, ur ett nationellt krisberedskapsperspektiv, viktigt att någon vårdgivare kan tillgodose vårdbehovet i en situation då vissa sjukhus av någon anledning störs eller upphör att fungera.

Specialiserad rehabilitering

Rehabilitering definieras av Socialstyrelsen som insatser som bidrar till att en person med en förvärvad funktionsnedsättning utifrån dennes behov och förutsättningar återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.

Varaktiga funktionsnedsättningar efter ett stort trauma är vanliga. Rehabilitering innefattar såväl förebyggande insatser som aktiv träning. Rehabilitering är en viktig del i det totala omhändertagandet för att minimera varaktiga funktionsnedsättningar och bör initieras tidigt. Tillgängligheten till rehabilitering är i dag begränsad och varierar över riket.

Genomförda, pågående och planerade åtgärder

I detta kapitel redovisas övergripande planerade och genomförda åtgärder för respektive myndighet och ansvarsområde fram till och med oktober 2015. Förslag på ytterligare åtgärder presenteras under nästa kapitel – Behov av ytterligare åtgärder med anledning av risk- och sårbarhetsanalysens resultat.

Planerade och genomförda åtgärder för Socialstyrelsen

I tabell 7 redovisas Socialstyrelsens pågående, planerade och genomförda åtgärder utifrån risk- och sårbarhetsanalysens resultat sedan föregående års rapportering utifrån en bedömning av myndighetens generella krisberedskapsförmåga. Åtgärderna belyser myndighetens krisberedskap och är kopplade till myndighetsindikatorer enligt MSB:s föreskrifter (MSBFS 2015:3).

Tabell 7. Åtgärder för att stärka Socialstyrelsens generella krisberedskap

Status	Åtgärd
Genomförda	Tillgodose behovet av säkra, funktionella verktyg för omvärldsbevakning för initialt krisledningsarbete och informationsspridning.
	Tillgodose att krisledningsorganisationens behov av säker informationshantering och säker informationsöverföring sker inom ramen för informationssäkerhetsarbetet på myndigheten.
	Tillgodose krisledningsorganisationens bemanning och uthållighet.
Pågående	Ett utvecklingsarbete pågår för att utveckla analysen från omvärldsbevakningen.
	För att förbättra kontinuitetsförmågan pågår det ett arbete på myndigheten med att vidareutveckla och systematisera kontinuitetsplanering för samhällsviktig verksamhet.
	Det pågår ett arbete med att förstärka beställarfunktionen för informationssäkerhet.
	Åtgärder pågår för att stärka robusthet och redundans gällande myndighetens it-infrastruktur.
Planerade	Utreda möjlighet till samlokalisering hos annan myndighet för en alternativ lokal för krisledningsorganisationen.
	En översyn av samhällsviktig verksamhet och samhällsviktiga funktioner inom myndigheten är planerad att genomföras under 2016.
	Se över hur uppföljning och utvärdering av händelser och vid deltagande i övningar kan systematiseras.
	Se över uthållighet avseende dryck, hygien, el, mat för krisledningsorganisationen som medger en uthållighet.

Workshop med företrädare för landstingen

I samband med en workshop med landstingens företrädare i april 2015 framkom att landstingen överlag arbetar systematiskt med identifiering av samhällsviktig verksamhet och enligt fördefinierade metoder men att RSA-

arbetet i huvudsak bedrivs med utgångspunkt från lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och förhöjd beredskap, krisberedskapsförordningen och MSB:s föreskrift (MSBFS 2015:3). Nuvarande form för analys och rapportering har därför inte ett katastrofmedicinskt fokus.

Det finns en gråzon mellan generell grundläggande krisberedskap och katastrofmedicinsk beredskap, som inte alltid tydliggörs i RSA-arbetet. Landstingen bekräftar att RSA-arbetet i dag främst är en analys av kritiska beroenden inom landstingens grundläggande krisberedskap. Bland annat identifierades särskilda utmaningar och behov av att stärka krisberedskapen och arbetet med risk- och sårbarhetsanalys på regional och nationell nivå.

Projekt med medel från anslag 2:4 Krisberedskap

Anslag 2:4 Krisberedskap finansierar en rad projekt som helt eller delvis går ut på att åtgärda identifierade risker och sårbarheter i landstingens RSA. En del av anslaget är ersättning från staten för kostnader för förberedande uppgifter som landstingen utför enligt lagen om extraordinära händelser, som avser risk- och sårbarhetsanalys, planering, utbildning och övning, rapportering, höjd beredskap och ledningsplatser. De vidtagna åtgärderna ska bidra till att minska sårbarheten i landstingens verksamhet och ge en god förmåga att hantera krissituationer i fred. Landstingen ska därigenom också uppnå en grundläggande förmåga till civilt försvar. Anslag 2:4 Krisberedskap används inte för att stärka den landstingsspecifika verksamhet som ska upprätthållas enligt ansvarsprincipen. Det finns därför ett statligt stöd för att stärka den grundläggande krisberedskapen, som oftast utgörs av kritiska beroenden, för landstingen. Inget särskilt statligt stöd utgår för att stärka den katastrofmedicinska krishanteringsförmågan enligt ansvarsprincipen.

En del av krisberedskapsanslaget används för tillfälliga utvecklingsprojekt som ökar ansvarsområdets, och därmed landstingens, krisberedskapsförmåga och förmågan till höjd beredskap. Denna del samordnas och styrs via Socialstyrelsen efter godkännande av MSB. Ett antal utvecklingsprojekt pågår eller har genomförts under perioden. Dessa projekt har stark koppling till risker, hot och sårbarheter som har identifierats i risk- och sårbarhetsarbetet. I samtliga fall är Socialstyrelsen projektägare. Projekten redovisas i tabell 8.

Tabell 8. Aktuella projekt finansierade med medel från anslag 2:4 Krisberedskap

2.4 Krisberedskapsprojekt
Utveckling och hantering av särskilda lagerfrågor
Deltagande i övning Barents Rescue
Socialtjänstens krisberedskap
Metod för kontinuitetsplanering
Implementering av "Gemensamma grunder för samverkan och ledning vid samhällsstörningar" i landstingen
Regional psykologisk och social krisberedskap
Utveckling av och utbildning i särskild sjukvårdsledning
Förbättrad förmåga och beredskap att i samverkan förebygga och hantera stora händelser med toxiska industrikemikalier
CBRN E – ett utbildnings- och övningskoncept i samverkansteg 2, nationell spridning

Socialstyrelsen medverkar i samverkansområdena

För att skapa helhetsperspektiv på samhällets krisberedskap har regeringen inrättat samverkansområden enligt förordningen (2006:942) om krisberedskap och höjd beredskap. I syfte att stärka samhällets krisberedskap samverkar myndigheter och andra aktörer inom sex samverkansområden (SO). Myndigheterna som ingår i samverkansområdena har ett särskilt ansvar för att minska samhällets sårbarhet och för att se till att myndigheter och andra berörda aktörerna blir bättre på att hantera en kris.

Socialstyrelsen deltar inom samverkansområde Skydd, undsättning och vård (SOSUV) och samverkansområde Farliga ämnen (SOFÄ). SOSUV syftar till att identifiera brister inom samhällets krisberedskap och föreslå åtgärder för att säkra att funktioner för skydd, undsättning och vård fungerar vid en allvarlig händelse. SOFÄ syftar till att skapa förutsättningar för att centrala myndigheter, länsstyrelser, kommuner, landsting och andra organisationer och näringsliv ska kunna förebygga, hantera och lära av händelser med farliga ämnen.

Planerade och genomförda åtgärder i landstingen

Som tidigare har nämnts i metodavsnittet har Socialstyrelsen enbart möjlighet att lyfta exempel på åtgärder som landstinget genomfört.

Uppföljning av ersättning till landstingen för att stärka krisberedskapen

Socialstyrelsens granskning av MSB:s uppföljning enligt lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och förhöjd beredskap visar att 18 landsting har en plan för hur den statliga ersättningen ska användas, men endast 13 landsting särredovisar hur denna ersättning används. Utöver kostnader för personal som ska driva på arbetet med uppgifterna i lagen har landstingen använt medlen till sådan verksamhet som ligger inom deras ansvar för mer övergripande krisberedskap.

Landstingen uppger att de har arbetat med verksamhet som kan kopplas till samtliga uppgifter i lagen, men majoriteten lyfter särskilt fram övning, utbildning och seminarier samt arbete med risk- och sårbarhetsanalyser. Stöd har också getts till landstingen för att öka deras förmåga att leda och samverka dels genom expertstöd, dels genom ekonomiska bidrag. Expertstöd har getts för genomförande av övningar och sårbarhetsutredningar avseende landstingens teleförbindelser. Uppföljningen visar att

- samtliga landsting redovisar en risk- och sårbarhetsanalys till Socialstyrelsen med kopia till länsstyrelsen och MSB
- 15 landsting har fastställda rutiner för att lämna lägesrapporter och information om händelseutvecklingen under en extraordinär händelse till Socialstyrelsen och länsstyrelsen (fler än 2013)
- 20 landsting bedömer att den statliga ersättningen i ganska eller mycket hög grad påverkar möjligheterna att fullgöra uppgifterna

- 20 landsting har en fastställd plan (utöver den katastrofmedicinska planen) för att kunna hantera extraordinära händelser
- 19 landsting uppger att planen bygger på genomförd RSA
- 21 landsting deltar i en funktion för att åstadkomma samverkan och samordning av berörda aktörers åtgärder inför och vid en extraordinär händelse
- 17 landsting utbildar förtroendevalda och/eller personal (20 stycken 2013)
- 16 landsting övar förtroendevalda och/eller personal (19 stycken 2013)
- 16 landsting har en flerårig övningsplan för sin verksamhet (13 stycken 2013)
- 13 landsting har deltagit i en samverkansövning 2014 (14 stycken 2013).

Uppföljningen visar även att landstingen också avsätter egna medel för sin krisberedskap.

Socialstyrelsens bedömning är att det är positivt att uppföljningen visar tecken på fortsatt åtgärdsarbete i landstingen. Slutsatsen är att det pågår ett långsiktigt, regelbundet och utförligt RSA-arbete i de flesta landsting. Socialstyrelsen delar därför MSB:s bedömning om att den statliga ersättningen till landstingen har haft betydelse för att minska sårbarheten i landstingens verksamhet och att öka förmågan att hantera krissituationer i fred. Detta bekräftas av att ett stort antal landsting bedömer att den finansierade verksamheten i mycket eller ganska hög grad har lett till att minska sårbarheten i landstingets verksamhet och att den finansierade verksamheten har lett till en ökad förmåga att hantera krissituationer i fred.

Socialstyrelsens åtgärdsförslag för att stärka hälso- och sjukvårdens krisberedskap

En utgångspunkt i årets analys har varit Socialstyrelsens uppföljning av landstingens RSA 2010–2014, som visade kvarstående brister gällande framför allt rutiner, personal, avtal, samverkan, tillgång till nödvändig materiel och nödvändiga läkemedel. Denna uppföljning resulterade i ett antal åtgärdsförslag som myndigheten bedömer fortfarande gäller.

Socialstyrelsen anser att krisberedskapen inom hälso- och sjukvården kan förbättras. Åtgärdsområden för att stärka krisberedskapen sammanfattas med åtgärdsförslag. Åtgärdsförslagen utgår från de behov av åtgärder som identifierats med anledning av risk- och sårbarhetsanalysens resultat. Åtgärdsförslagen ska spegla innehållet i denna rapport. Åtgärder presenteras utan att särskild rangordning eller prioritering beaktats.

Åtgärdsförslag för landstingen

Socialstyrelsen anser att krisberedskapen inom hälso- och sjukvården kan förbättras inom områdena genom kontinuitetsplanering, kommunikation, samverkan och kompetens. Landstingen kan förbättra krisberedskapen på följande sätt:

Kontinuitetsplanering

- Stärka förmågan att hantera CBRNE-händelser.
- Krisberedskap är inkluderat i relevanta avtal om leverans av varor och tjänster.
- Tillgång till läkemedel och medicinteknisk utrustning är säkerställd.
- Tillgången på beredskapslagrad materiel är säkerställd.
- Samhällsviktig verksamhet har tillgång till reservkraft.
- Samhällsviktig verksamhet har tillgång till reservvatten.
- Nyckelfunktioner är identifierade och kontinuitet av verksamheterna även vid personalbortfall säkerställd.
- Utveckla arbetet med identifiering av samhällsviktig verksamhet.
- Utveckla arbetet med att identifiera och analysera kritiska beroenden.

Kommunikation

- Rakel som primär kommunikationsväg för larm och samverkan är säkerställd.
- System för it och telefoni är driftsäkrade.

Samverkan

- Utveckla former för regional civilmilitär samverkan.
- Samverkan med privata och offentliga aktörer utvecklas och rutiner för samverkan före-, under, och efter allvarlig händelse säkerställs.
- Avtal tecknats med frivilligorganisationer och andra aktörer som ingår i krisberedskapen.
- Rutin finns för att omfördela och ta emot förstärkningsresurser vid en allvarlig händelse.
- Rutin finns för samverkan med privata och offentliga aktörer inför och under en allvarlig händelse.

Kompetens

- Utbildning och övningar av krisberedskap sker i samverkan med privata aktörer.
- Nyckelfunktioner inom den samhällsviktiga verksamheten deltar i genomförandet av krisberedskapsövningar.
- Relevanta privata aktörer som ingår i katastrofmedicinska beredskapsplanen inkluderas i krisberedskapsutbildningar och övningar.
- Evakuering av samhällsviktig verksamhet är planerad och övas regelbundet, och tillgång till evakueringslokaler är säkerställd.

Planerade och genomförda åtgärder för socialtjänsten

Öppna jämförelser av krisberedskap inom socialtjänsten

Socialstyrelsen har i 2015 års regleringsbrev fått i uppdrag av regeringen att genomföra öppna jämförelser av krisberedskap inom socialtjänsten. Socialstyrelsen ska inom ramen för arbetet med öppna jämförelser inom socialtjänstens områden inkludera kvalitetsindikatorer som rör krisberedskapen i kommunerna.

Kvalitetsindikatorerna ska inledningsvis presenteras på kommunnivå. En första rapportering ska göras i samband med myndighetens ordinarie publicering av öppna jämförelser år 2016.

Projekt att stärka socialtjänstens roll inom krisberedskapen

Socialstyrelsen har för åren 2014–2016 beviljat medel från anslag 2:4 Krisberedskap för ett projekt inom socialtjänsten. Projektet förstärker socialtjänstens roll inom krisberedskapen genom utveckling av en modell för att tillvarata socialtjänstens kunskaper och kompetenser i lokala risk- och sårbarhetsanalyser.

Projektets syfte är att stärka samhällets samlade förmåga att hantera kriser och deras konsekvenser genom att utveckla och förstärka socialtjänstens roll i kommunal risk- och sårbarhetsanalys.

Projektet genomförs i samverkan mellan Länsstyrelsen Skåne och fyra kommuner i Skåne med stöd av Institutionen för socialt arbete vid Malmö högskola.

Socialstyrelsens åtgärdsförslag för att stärka socialtjänstens krisberedskap

I detta avsnitt belyser Socialstyrelsen särskilt områden som är av betydelse för en god socialtjänst utifrån ett före-, under- och efterperspektiv vid en allvarlig händelse. Åtgärderna bygger på genomgång av kommunernas och länsstyrelsernas risk- och sårbarhetsanalyser. Åtgärdsförslagen ska spegla innehållet i denna rapport.

Socialstyrelsen anser att krisberedskapen inom kommunernas socialtjänstverksamheter kan förbättras. Åtgärdsområden för att stärka krisberedskapen sammanfattas med åtgärdsförslag. Åtgärdsförslagen utgår från de behov av åtgärder som identifierats med anledning av risk- och sårbarhetsanalysens resultat.

Åtgärdsförslag för kommunernas socialtjänst

Socialstyrelsen anser att kommunernas krisberedskap inom socialtjänstens område kan förbättras inom områdena kontinuitetsplanering, kommunikation, samverkan och övning. Kommunerna kan förbättra krisberedskapen på följande sätt:

Kontinuitetsplanering

- Nyckelfunktioner är identifierade och kontinuitet av verksamheterna även vid personalbortfall säkerställd.
- Krisberedskap är inkluderat i relevanta avtal om leverans av varor och tjänster.
- Tillgången på beredskapslagrad materiel är säkerställd.
- Tillgång till läkemedel och medicinteknisk utrustning är säkerställd.
- Samhällsviktig verksamhet har tillgång till reservkraft.
- Samhällsviktig verksamhet har tillgång till reservvatten.

Kommunikation

- Den lokala kommunikationsplanen är tydliggjord för de inblandade och rutiner för mottagande av information och informationsspridning finns, för att säkerställa behov hos särskilda målgrupper vid en allvarlig händelse.
- System för it och telefoni är driftsäkrade.
- Det finns tillgång till Rakel i samhällsviktig verksamhet.

Samverkan

- Avtal tecknats med frivilligorganisationer och andra aktörer som ingår i krisberedskapen.
- Rutin finns för att omfördela och ta emot förstärkningsresurser vid en allvarlig händelse.
- Rutin finns för samverkan med privata och offentliga aktörer inför och under en allvarlig händelse.

Övning

- Nyckelfunktioner inom den samhällsviktiga verksamheten deltar i utformningen och genomförandet av krisberedskapsövningar.
- Relevanta privata aktörer inkluderas i kommunens utbildning och övning av krisberedskapen.
- Evakuering av samhällsviktig verksamhet är planerad och övas regelbundet, och tillgång till evakueringslokaler är säkerställd.

Några åtgärdsområden lyfts särskilt upp i följande avsnitt och åtgärdsområden kan identifieras i kapitlen som beskriver analyserade kritiska beroenden, sårbarheter och brister i krisberedskapen. Åtgärderna presenteras utan att särskild rangordning eller prioritering beaktats.

Kontinuitetsplanering

För att göra samhället säkrare har under flera år ett omfattande standardiseringsarbete pågått inom privat och offentlig sektor. Det arbete som bedrivs samordnas av Svenska standardiseringsinstitutet (SIS) och leds till stora delar av MSB.

Kontinuitetsplanering bidrar till ett mindre sårbart samhälle och är en metod för att på ett strategiskt sätt skapa en förmåga att kunna fortsätta att bedriva verksamheten på en tolerabel nivå, oavsett vilken typ av störning som organisationen utsätts för. Med ett utvecklat program klarar verksamheten trots störningar och avbrott att leverera de tjänster och produkter som är viktigast för såväl organisationen som omgivningen. Införandet av standarder innebär att rutiner för att snabbt kunna återgå till en normal verksamhet efter ett avbrott också utvecklas.

Identifiera nyckelfunktioner och vidta åtgärder för att säkerställa kontinuitet

Socialtjänstens verksamheter är beroende av personal med lämplig utbildning och erfarenhet för de olika ansvarsområden som finns inom respektive verksamhet. För att klara verksamheterna vid en allvarlig händelse är det nödvändigt att de personer som har nyckelfunktioner finns identifierade inom och mellan verksamheter. Uppgifterna behöver vara tillgängliga både för ordinarie personal och tillgängliga vikarier. Inom den kommunala hälso- och sjukvården utgör de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna en svårersättlig kompetens. I mindre kommuner finns det ofta endast en eller ett par medicinskt ansvariga sjuksköterskor anställda vilket utgör en sårbarhet.

Det är även viktigt att kommunen skapar en kontinuitetsplan för hur det ska säkerställas att personal med lämplig utbildning finns att tillgå för socialtjänstens olika verksamheter vid en allvarlig händelse då delar av socialtjänstens verksamheter har en ansträngd personalsituation.

Inkludera krisberedskap i avtal om leverans av varor och tjänster

För att minska sårbarheten och säkra tillgången till förbrukningsartiklar och läkemedel under normala förhållanden och vid en allvarlig händelse är det nödvändigt att identifiera behovet och på förhand teckna avtal med leverantörer av materiel och läkemedel. I dessa avtal är det viktigt att det framgår vad som gäller vid allvarliga störningar i samhället.

I avtal och upphandlingar inom vård och omsorg är det viktigt att kommunen också inkluderar krisberedskapsaspekter och reglerar vilka åtaganden som gäller före, under och efter en allvarlig händelse. Vid upphandling av socialtjänstinsatser som utförs av en enskild utförare ligger det inom den upphandlande kommunens ansvar att säkerställa att verksamheten har en plan för allvarliga händelser. Om detta glöms bort finns det en risk för att de personer som placeras i verksamheterna får ett sämre skydd än de som placerats inom vistelsekommunens verksamheter.

Säkerställa tillgång till läkemedel, medicinteknisk utrustning och sjukvårdsmateriel

Kommunerna behöver säkerställa att socialtjänstens verksamheter har rutiner för hur de ska säkerställa tillgången till och distributionen av läkemedel,

sjukvårdsmateriel och medicinteknisk utrustning vid allvarliga störningar i samhällsviktig verksamhet. Tillgången avser inte bara till personer i de olika särskilda boendeformerna för äldre och personer med funktionsnedsättningar, utan även till personer i eget boende med hemtjänst och kommunal hemsjukvård.

Säkerställa att samhällsviktig verksamhet har reservkraft

Det är angeläget att kommunerna förser boenden och annan samhällsviktig verksamhet med stationär reservkraft eller förbereder anslutningsmöjligheter för mobila reservkraftsaggregat innan en allvarlig händelse inträffar.

Säkerställa att samhällsviktig verksamhet har tillgång till reservvatten

Vården och omsorgen inom socialtjänsten kräver bland annat fungerande hygienrutiner. Utan vatten blir hygien mycket svår att sköta. Möjligheten att få tillgång till sanitetsmoduler under en pågående störning i samhället kan vara begränsad. Skulle även brist på dricksvatten uppstå måste dricksvatten distribueras till socialtjänstens olika boenden och till enskilda individer i eget boende. När det gäller distribution av vatten skulle kommunen kunna överväga att skriva avtal med frivilligorganisationer. Vattenbrist är ett scenario som socialtjänsten bör ha med i sin risk- och sårbarhetsanalys och i sitt arbete med krisberedskap.

Kommunikation

Vid en inträffad händelse och allvarliga störningar i samhällsviktig verksamhet är det viktigt att socialtjänsten går att nå, även utanför kontorstid. Det finns ingen lag som säger att kommunen är skyldig att ha socialjour, men det nämns i SoL att kommunen bör ha socialjour eller liknande.

Socialstyrelsens öppna jämförelser 2014 visade att 28 procent av landets kommuner inte har socialjour som går att nå dygnet runt. Det är även viktigt att det är tydligt vem inom kommunen som ska få information om händelsen. Det finns ingen lag som säger att kommunen är skyldig att ha en tjänsteman i beredskap (TiB). Socialstyrelsen anser att det är viktigt vid en allvarlig händelse att det är tydligt vem som ska kontaktas, vad den personen har för roll i det nationella krisledningssystemet och vem som ansvarar för att föra informationen vidare. En tydligt reglerad funktion i form av kommunal TiB eller motsvarande skulle möjliggöra detta.

Det är även viktigt att det finns fastställda rutiner för hur informationen ska föras vidare internt och externt för att underlätta samordning och minska risken för ryktesspridning eller att personer får otillräcklig eller felaktig information. Ett flertal kommuner anger att det i dag är oklart hur informationen ska spridas vid en kris. Kommunen behöver upprätta tydliga rutiner för detta och se till att dessa rutiner är kända inom de berörda förvaltningarna.

Vid utformning och distribution av extern information ska hänsyn tas till befolkningens olika behov. Exempelvis bör man beakta hur budskapet formuleras, vilka kanaler det distribueras i och vilka språk som används, inklusive teckenspråk. För att undvika att allmänheten nås av olika besked vid en allvarlig händelse är det viktigt att informationen samordnas.

Utveckla rutiner för användning av Rakel och öka tillgången till Rakelmobiler

För att säkerställa en god krishanteringsförmåga ska särskilt utpekade myndigheter ha funktionen TiB, bland andra länsstyrelser och landsting. Kommunen kan ha motsvarande funktion och då ingå i larmkedjan. För en effektiv krishantering krävs en uppfattning om hur andra aktörer har uppfattat krisen och vilka åtgärder de vidtar. Genom informationsdelning kan aktörerna ta del av varandras lägesbilder och åtgärder.

Rakel möjliggör informationsdelning och bör därför vara det primära systemet för larm och kommunikation för samhällets krisberedskap. Det är angeläget att kommunens beredskaps/säkerhetssamordnare och, i förekommande fall, kommunens TiB har tillgång till och använder Rakel.

Samverkan

Avtal med alla aktörer i krisberedskapen

I flera av de kommunala risk- och sårbarhetsanalyserna som inhämtats i år framgår att kommunen vid en extraordinär händelse till viss del kommer att förlita sig på att frivilligorganisationer och pensionerade medarbetare ställer upp. Dock finns sällan avtal nedtecknade om detta. Socialstyrelsen anser att det är en sårbarhet om en stor del av krisorganisationen bygger på att aktörer ska ställa upp frivilligt utan att det finns avtal nedtecknat om detta.

Rutiner för att omfördela och ta emot förstärkningsresurser

Ur ett krishanteringsperspektiv är det en fördel om resurser som exempelvis mobila elverk och förbrukningsartiklar kan omfördelas inom den egna kommunen och mellan närliggande kommuner samt inom och mellan privata företag som driver verksamhet inom socialtjänsten. Det gäller även förmågan att ta emot förstärkningsresurser.

Rutin för samverkan med privata och offentliga aktörer inför och under en allvarlig händelse

Otydliga avtal och brist på gemensam planering, utbildning och övning kan leda till sårbarheter vid en extraordinär händelse eftersom det kan uppstå oklarheter i ansvars- och rollfördelningen mellan olika aktörer. Det är därför viktigt att kommunen på förhand fastställer en rutin för hur samverkan ska ske och ansvar och roller för de olika aktörerna i krisberedskapen.

Övning

Nyckelfunktioner deltar i utformningen och genomförandet av krisberedskapsövningar

Socialtjänstens verksamheter omfattar individer som kan vara särskilt utsatta vid en allvarlig händelse på grund av funktionsnedsättningar, språksvårigheter eller bristande ekonomiska resurser. Det är viktigt att kommunen har en tydlig krisberedskap för att säkerställa att de ordinarie insatserna så långt det är möjligt fungerar utan avbrott även vid en allvarlig händelse för att minska skadeverkningarna för den enskilde.

I den lokala krisplaneringen är det därför viktigt att kommunen involverar personer med god kännedom om socialtjänstens målgrupper och verksamhet. Den förvaltning som normalt ansvarar för en verksamhet har samma ansvar

även vid en kris. För att vara så väl förberedd som möjligt är det därför viktigt att analys, planering, utbildning och övning av socialtjänstens personal och förtroendevalda genomförs. Det är hos dem kunskapen om socialtjänstens område finns och det är också de som ska agera för att säkerställa särskilda behov hos de enskilda vid en allvarlig händelse.

Allt fler personer med sjukdomar som kräver kvalificerad sjukvårdsapparat vårdas i hemmet och har insatser från både hemsjukvården och kommunens hemtjänst. Rutiner för samverkan vid en allvarlig händelse mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten måste därför finnas.

Privata aktörer inkluderas

i kommunens utbildning och övning

Kommunerna har enligt lagen (2006:544) ett ansvar för att förtroendevalda och anställd personal får utbildning och övning. För att samordningen ska fungera vid en allvarlig händelse anser Socialstyrelsen att de enskilda utförarna bör ges möjlighet att delta i vistelsekommunens krisberedskapsplanering och övningar.

Det finns flera fördelar med att utbilda och samöva med privata aktörer.

Utbildning i form av information om bland annat samhällets krisberedskap ökar kunskapen och förståelsen för betydelsen av krisberedskap. Övningar ger direkt respons på den enskildes insatser, på aktörers styrkor och svagheter liksom styrkor och svagheter i samarbetet mellan olika aktörer.

Övning av evakuering

Kommunerna i socialstyrelsens genomgång anger i sina risk- och sårbarhetsanalyser att de inte har övat evakuering av de särskilda boendeformerna samt att kommunerna ser att de kommer att få svårt att flytta alla boende till en lokal med reservkraft och andra möjligheter att tillhandahålla en god vård. Socialstyrelsen anser att evakueringsövningar av samhällsviktig verksamhet bör genomföras för att ge inblandade aktörer kunskap inför en allvarlig händelse som är svår att tillägna sig på annat vis.

Kommunernas övningsverksamhet behöver ökas. Det är nödvändigt för att beredskapsplanerna för samhällsviktig verksamhet inom socialtjänsten ska kunna prövas och för att kunskapen ska hållas aktuell. Övningar ska säkerställa att patientsäkerheten och en god kvalitet i socialtjänstens insatser kan upprätthållas under en allvarlig händelse. Viktiga aspekter att öva är exempelvis förflyttning inklusive transport till utrymnings- och mottagningsplatser, logistik, uppsamling samt att upprätta verksamhet i evakueringslokaler. Socialstyrelsens bedömning är att kommunerna bör förbereda hur delar av socialtjänstens verksamheter både kan bedrivas och ledas på annan plats i samband med en allvarlig händelse.

Larmövning på verksamhetsnivå bör genomföras. En larmövning kräver inga speciella lokaler och är därför relativt enkel att förbereda, men den bidrar till den mentala förberedelsen inför en allvarlig händelse. Även lednings- och samverkansövningar på verksamhetsnivå är angelägna aktiviteter eftersom det är personalen i de olika verksamheterna som måste veta hur de ska agera vid en allvarlig händelse, till exempel vid en brand eller ett utsläpp av farliga ämnen.

Enligt lagen (2006:544) är det kommunens ansvar att förtroendevalda och den anställda personalen får den övning som behövs för att lösa sina uppgifter under en kris.

Bilaga 1. Redovisning av informationssäkerhet i enligt med regleringsbrev för 2015

Inledning

Socialstyrelsen har i sitt regleringsbrev för 2015 från regeringen i uppdrag att i 2015 års risk- och sårbarhetsanalyser särskilt beakta och analysera informationssäkerheten

- i de delar av verksamheten som är nödvändiga för att myndigheten ska kunna utföra sitt arbete
- i de tekniska system som är nödvändiga för att myndigheten ska kunna utföra sitt arbete.

I detta arbete ska även informationssäkerheten inom Socialstyrelsens ansvarsområde beaktas och analyseras. Myndigheten ska redovisa en bedömning av informationssäkerheten och vidtagna åtgärder. Redovisningen ska vara en del av den sammanställning som görs i arbetet med risk- och sårbarhetsanalyser enligt 9 § förordningen (2006:942) om krisberedskap och höjd beredskap.

Arbetsprocess, metod och avgränsning

I detta avsnitt redovisas metod, arbetsprocess och de avgränsningar som gjorts för informationssäkerhetsuppdraget.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) har tagit fram ett stöd för myndigheternas uppdrag kring informationssäkerhet enligt regleringsbrev för 2015 [36]. Syftet med stödet är att ge stöd till de myndigheter som har fått informationssäkerhetsuppdrag i respektive regleringsbrev. Socialstyrelsen följer MSB:s tolkning av informationssäkerhetsuppdraget i regleringsbrevet att uppdraget ska koncentreras till samhällsviktig verksamhet och krisberedskap samt redovisas inom ramen för risk och sårbarhetsanalysen. I rapporten redovisas informationssäkerhetsuppdraget i enlighet med MSB:s stöd under urval av de rubriker som är fastställda i MSB:s föreskrifter om statliga myndigheters risk- och sårbarhetsanalyser.

Informationssäkerhet inom Socialstyrelsen

I redovisningen av uppdraget som berör myndigheten beaktar Socialstyrelsen informationssäkerhetsarbete i sin helhet och de tekniska system som är nödvändiga för att Socialstyrelsen ska kunna utföra sitt arbete eftersom den samhällsviktiga verksamheten, krisledningsorganisationen, är en del av detta. Arbetet med uppdraget har bedrivits i projektform där funktioner med kunskap inom krisberedskap-, it- och informationssäkerhet ingått. De underlag som använts är de interna styrande och stödjande dokument Socialstyrelsen har inom informationssäkerhetsområdet.

Informationssäkerhet inom hälso- och sjukvård

När det gäller informationssäkerhet inom hälso- och sjukvård har Socialstyrelsen begärt att få ta del av landstingens och regionernas upprättade och dokumenterade rapporter från år 2014–2015 gällande informationssäkerhet – riskanalyser, genomförda granskningar och revisioner och förbättringsåtgärder. 18 landsting har skickat in underlag. Av dessa har tre landsting lämnat in en mer utförlig beskrivning av informationssäkerheten. De övriga landstingen har berört informationssäkerhetsområdet, men i betydligt mindre omfattning.

Socialstyrelsen har också tagit del av MSB:s uppföljning av informationssäkerhet i vården [37]. Rapporteringen avser en kartläggning av vårdgivares uppföljande arbete på informationssäkerhetsområdet. Kartläggningen utgår från Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården och fokus ligger på rapportering av verksamhetskontroller, risker, incidenter avseende informationssäkerhet i vårdsystem och dokumentation. Ett urval av kartläggningen lyfts i redovisningen av landstingens informationssäkerhet.

Socialstyrelsen har tagit fram ett förslag på nya föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:14) om behandling av personuppgifter och journalföring i hälso- och sjukvården. Föreskriftsförslaget har under hösten 2015 varit ute på remiss till huvudmännen och andra aktörer. Detta föreskriftsförslag innehåller vissa skrivningar som tydligare binder ihop föreskrifterna med arbetet om en nationell informationsstruktur och ett nationellt fackspråk för vård och omsorg, men framför allt innehåller förslaget tydligare skrivningar om befintliga krav och rekommendationer. Förtydligandena bedöms kunna bidra till att göra reglerna enklare att förstå vilket i sin tur kan öka följsamheten till reglerna. Socialstyrelsen har mot denna bakgrund inte valt att göra en omfattande och systematiskt kartläggning innan de nya föreskrifterna träder i kraft.

Socialstyrelsen har beaktat och analyserat hälso- och sjukvårdens informationssäkerhet och vidtagna åtgärder i den utsträckning som har varit möjligt. När landstingens informationssäkerhet beaktas och analyseras är det utifrån en bred ansats och med fokus på landstingens och regionernas samhällsviktiga verksamheter utifrån ett nationellt krisberedskapsperspektiv.

Informationssäkerhet inom socialtjänsten

Informationssäkerheten inom socialtjänstens verksamheter är en del av kommunens ansvar. Länsstyrelsen har det geografiska områdesansvaret för kommunerna, vilket innebär att informationssäkerhet ska belysas i den regionala risk- och sårbarhetsanalysen. Länsstyrelserna ska i arbetet med 2015 års risk- och sårbarhetsanalyser särskilt beakta och analysera informationssäkerheten i de delar av verksamheten och i de tekniska system som är nödvändiga för att länsstyrelserna ska kunna utföra sitt arbete. I detta arbete ska även informationssäkerheten inom länsstyrelsernas ansvarsområde, där socialtjänsten ingår, beaktas och analyseras. Länsstyrelserna ska redovisa en bedömning av informationssäkerheten och vidtagna åtgärder. Redovisningen ska vara en del av den sammanställning som görs i arbetet med risk- och sårbarhetsanalyser.

Utöver länsstyrelsernas informationsinsamling kartlägger MSB kommunernas informationssäkerhet. Socialstyrelsen har gjort bedömningen att ingen särskild uppgiftsinhämtning genomförs. Anledningen är att kommunerna redan redovisar uppgifterna om informationssäkerhet till länsstyrelserna.

Socialstyrelsens ledningssystem

I detta avsnitt beskrivs myndighetens ledningssystem och systematiska informationssäkerhetsarbete.

Socialstyrelsen har sedan juni 2014 ett integrerat ledningssystem som är certifierat enligt standarderna ISO 9001 ledningssystem för kvalitet, ISO 14001 ledningssystem för miljö, OHSAS 18001 ledningssystem för arbetsmiljö och ISO 27001 ledningssystem för informationssäkerhet. Integreringen består i att arbetet med kvalitet, informationssäkerhet, miljö och arbetsmiljö följer Socialstyrelsen ordinarie planerings- och uppföljningsprocess, vilket omfattar planering mot mål och tertiärvis uppföljning av aktiviteter och risker i syfte att bedöma måluppfyllelsen.

Ledningssystemet granskas löpande av internrevisionen och årligen av externa revisorer. Grundläggande för ledningssystemet är arbetet med ständiga förbättringar. Ledningssystemet omfattar Socialstyrelsens uppdrag enligt regleringsbrev och regeringsuppdrag. Här ingår även Socialstyrelsens samhällsviktiga verksamhet, krisledningsorganisationen.

Systematiskt arbetssätt för informationssäkerhet

Socialstyrelsen bedriver systematiskt informationssäkerhetsarbete i enlighet med MSB:s föreskrifter (MSBFS 2009:10) om statliga myndigheters informationssäkerhet. Dessutom är myndigheten certifierad enligt standarden ISO 27001 om ledningssystem för informationssäkerhet (LIS). Det innebär att utöver de allmänna principerna för ett riskbaserat ledningssystem gäller att myndigheten tar ställning till vilka säkerhetsåtgärder som ska vidtas och på vilket sätt utifrån standardens 114 säkerhetskrav.

Policy och styrande dokument

Ledningssystemet för informationssäkerhet regleras av ett antal styrande dokument. Ett övergripande ramverk utgörs av en gemensam policy för kvalitet, informationssäkerhet, miljö och arbetsmiljö i ledningssystemet, en policy och ett inriktningsdokument för informationssäkerhet och en it-policy.

Leda och samordna informationssäkerhetsarbetet

Verksamhetsansvarig äger informationstillgångarna i verksamheten och därmed förknippade informationssäkerhetsrisker. Samtliga avdelningar har en informationssäkerhetssamordnare som ett stöd till avdelningsledningarna. Socialstyrelsen har en samordnare för LIS.

Informationsklassning

Inventering och klassning av verksamhetens informationstillgångar görs löpande på avdelningarna i enlighet med myndighetens klassningsmodell. En översyn görs inför varje tertiäruppföljning.

Socialstyrelsens klassningsmodell är baserad på MSB:s klassningsmodell.

Risikanalyt och dokumentation

Socialstyrelsen har en metod för riskanalys och riskhantering som används för informationssäkerhetsrisker, arbetsmiljörisker och övriga verksamhetsrisker. Modellen bygger på en sannolikhetsbedömning och en konsekvensbedömning. Riskanalyser med handlingsplaner ses över och rapporteras till ledning vid varje tertiärluppföljning.

Kontinuitetsplanering

Socialstyrelsen har en övergripande kontinuitetsplan och specifika avbrottsplaner för de högst tillgänglighetsklassade it-systemen. Dessa system har identifierats utifrån de verksamheter som de stöder och som har höga krav på tillgänglighet. Avbrottsplanerna redovisar alternativa kommunikationslösningar och kontaktvägar som ska användas vid it-avbrott.

En avbrottsövning av myndighetens dokumenthanteringssystem är planerad under 2015.

Ledningens engagemang

Ledningen ser över ledningssystemet tre gånger om året i samband med tertiärluppföljningarna. Under ledningens genomgång görs en bedömning av ledningssystemets ändamålsenlighet och utifrån det fattas beslut om vilka åtgärder som ska vidtas och när de ska följas upp.

Kompetens

På Socialstyrelsens intranät finns två e-utbildningar om informationssäkerhet som nyanställda ska göra inom den första arbetsveckan på arbetsplatsen. Vidare finns det information på intranätet om informationssäkerhet samt styrande och stödjande dokument inom området.

Planera och genomföra

I syfte att hantera hot och risker som rör informationssäkerheten i verksamheten har Socialstyrelsen ett systematiskt arbetssätt som stöds av rutiner. Arbetet följer principen planera-genomför-kontrollera-förbättra och består av följande steg:

1. identifiera, analysera och bedöma hot och risker för verksamhetens informationstillgångar och system
2. klassa information med utgångspunkt i konfidentialitet, riktighet och tillgänglighet i olika nivåer utifrån vilka konsekvenser som kan uppstå av ett bristande skydd, även lagkravsaspekten finns med
3. utifrån informationsklassningens resultat identifiera och införa åtgärder (skyddsnivå) som motsvarar informationens krav på skydd
4. följa upp och utvärdera införda åtgärder och gjorda bedömningar av risker
5. kontinuerligt utveckla skyddet för att över tid upprätthålla informationens behov av säkerhet
6. fortlöpande dokumentera genomförda åtgärder.

Av rutinerna framgår det att inventering, klassning och risk- och sårbarhetsanalys ska genomföras av informationsägare vid nya uppdrag, projekt och upphandling samt ses över inför varje tertiärluppföljning.

Kritiska beroenden inom Socialstyrelsens samhällsviktiga verksamhet

I detta avsnitt redovisas kritiska beroenden för Socialstyrelsen gällande it-system och en övergripande beskrivning av dessa ur ett kontinuitetsperspektiv. Vidare beskrivs de tekniska system som är nödvändiga för att myndigheten ska kunna utföra sitt uppdrag och därmed även Socialstyrelsens samhällsviktiga verksamhet, krisledningsorganisationen.

Kritiska beroenden

Kritiska beroenden avseende it-system för Socialstyrelsen samhällsviktiga verksamhet det vill säga krisledningsorganisationen är i stort sett desamma som för verksamheten som helhet. Det beror på att de it-system som krisledningsorganisationen är beroende av ingår i myndighetens övriga it-infrastruktur. Internetåtkomst, telefoni och e-post behöver vara tillgängliga dygnet runt året om för tjänsteman i beredskap (TiB) och för krisledningsorganisationen. Därutöver används Rakel, kryptotelefon och kryptofax.

Socialstyrelsen har en redundant förbindelse till internet i en sekundär datahall för att klara tillgänglighetskraven dygnet runt årets alla dagar både till Socialstyrelsens it-system och till myndighetens webbplats. Vidare pågår ett arbete med att förbättra myndighetens it-infrastruktur. Transitering till den nya infrastrukturen pågår och beräknas vara klar under 2016. Det kommer att leda till en minskning av kritiska beroenden för hela Socialstyrelsen och även krisledningsorganisationen.

Tekniska system

För att utföra Socialstyrelsens uppdrag behövs ett flertal tekniska system. En övergripande beskrivning av dessa följer nedan.

Socialstyrelsens kontorsplattform är primärt uppbyggd runt en Microsoft-plattform. Myndigheten har även ett helt avskilt nätverk för register med mycket känsliga data. Denna miljö är inte direktkopplad till internet eller andra externa nätverk. Informationsflytt till och från denna miljö sker manuellt eller via en så kallad datasluss som flyttar fördefinierad information mellan den öppna och den avskilda datamiljön.

För att fungera kräver både kontors- och registermiljön ett fullt fungerande nätverk med eget Active Directory (AD) och nätverkstjänster såsom Domain Name Service (DNS), Dynamic Host Configuration Protocol (DHCP), Remote Authentication Dial-In User Server/Service (RADIUS).

Socialstyrelsen använder två-faktors autentisering för inloggning i form av certifikat på kort och pinkod.

Socialstyrelsen är beroende av att kopplingen mot internet fungerar både för att tillhandahålla myndighetens externa webbplats och för att samla information från andra företag och myndigheter. Därutöver behövs direktkoppling mot andra myndigheter för att Socialstyrelsen ska kunna utföra delar av sitt uppdrag.

Kontinuitetsplanering

Socialstyrelsen har en övergripande kontinuitetsplan och avbrottsplaner för de högst tillgänglighetsklassade it-systemen. De system som har högst

tillgänglighetskrav har identifierats utifrån de verksamheter som de stöder. För dessa verksamheter finns avbrottsplaner som redovisar alternativa arbetssätt för att bedriva verksamheten vid it-avbrott inklusive kommunikationslösningar och kontaktvägar som ska användas. För systemen finns det systemägare och systemförvaltare som tar fram avbrottsplaner och reviderar dessa vid behov. Nedan redovisas de mer övergripande delarna i kontinuitetsarbetet som berör Socialstyrelsen som helhet men även krisledningsorganisationen.

Robust och redundant it-infrastruktur

I det pågående arbetet med att transitera Socialstyrelsens system byggs den nya infrastrukturen för att klara höga tillgänglighetskrav. I och med transitering av ett system ses eventuella brister rörande kontinuitet över. Enligt Socialstyrelsens systemförvaltningsmodell är det systemägaren som är ytterst ansvarig för att systemet har den kontinuitet som krävs.

Internet

Socialstyrelsen har en redundant förbindelse till internet i en sekundär datahall för att klara tillgänglighetskraven både till myndighetens system såsom webbplatsen, men även för att tillgodose Socialstyrelsens behov av kommunikation från myndigheten. Vidare finns det möjlighet att använda sig av datorer med mobil uppkoppling om behov uppstår.

E-post

Socialstyrelsen använder Microsoft Exchange som e-postserver. E-postlösningen håller för närvarande på att säkras upp så att en full kopia ska finnas tillgänglig i en sekundär datahall. Det innebär att en redundant Microsoft Exchange-server finns i den andra datahallen. Detta arbete beräknas vara klart under hösten 2015.

Datakommunikation

Ett arbete pågår med att se över möjligheten att ansluta Socialstyrelsen till SGSI (Swedish Government Secure Intranet) eftersom det finns ett behov av att öka redundansen för överföring av känslig information.

Telefoni

Socialstyrelsens telefonsystem består av mobila enheter och växel- och telefonsystem. Telefonin är utlokaliserad på en tredje part. Kommunikationen i telefonilösningen är redundant för att hålla en hög tillgänglighet. Vidare finns det möjlighet att använda sig av fast telefoni med en annan leverantör om behov uppstår.

Hot och risker för Socialstyrelsen och ansvarsområdet

I detta avsnitt beskrivs informationssäkerhetsrelaterade hot och risker för Socialstyrelsen på övergripande nivå. Vidare beskrivs hälso- och sjukvårdens informationssäkerhet.

Hot och risker

Utvecklingen av informationsteknologin skapar nationella och globala utmaningar och nya möjligheter. Men förändringarna gör även att samhället blir mer sårbart och skapar därigenom mycket stora säkerhetsutmaningar. Riskerna blir mer svårbedömda och korsberoendena alltmer svåröverskådliga i takt med att organisationers data passerar många olika tekniska system.

Socialstyrelsen som andra svenska myndigheter berörs av den mångfaceterade bilden av risker. Att identifiera möjliga hot och risker är del av Socialstyrelsens ledningssystem för informationssäkerhet (LIS). I samband med att verksamhetsansvariga gör risk- och sårbarhetsanalyser av informationssäkerheten beaktas möjliga hot. Arbetssättet gäller hela myndigheten inklusive krisledningsorganisationen. Myndighetsövergripande risker bedöms särskilt av ledningsgruppen vid varje tertiärluppföljning.

Överbelastningsattacker via internet förekommer mot Socialstyrelsen. Hittills har dessa inte haft någon nämnvärd inverkan på verksamheten. Dialog med internetleverantören har förts i syfte att minska sårbarheten. Vid omfattande överbelastningsattacker kan det innebära begränsad åtkomst till internet och andra kopplingar som befinner sig på den externa brandväggen. Kommunikation till och från Socialstyrelsen kan då riskera att slås ut. Myndigheten får då svårigheter att informera via myndighetens webbplats och de verksamhetssystem som är beroende av extern kommunikation.

Det förekommer också att skadlig kod fångas upp av vår it-säkerhetsinfrastruktur. Det finns rutiner för eliminering av utrustning som har utsatts för skadlig kod. För användaren innebär det avbrott i arbetet i och med byte av dator.

Specifika hot mot den del av myndighetens verksamhet som är skyddsvärd och som kräver säkerhetsskydd framgår av myndighetens säkerhetsanalys. Med anledning av verksamhetsövergångar pågår en revidering av säkerhetsanalysen.

Den övergripande sårbarheten för myndigheten som helhet är att inte ha tillgång till en tillräckligt välfungerande, robust och redundant it-infrastruktur. Åtgärder för att hantera sårbarheten pågår. En ny redundant nätverksinfrastruktur är uppbyggd över två datahallar och transitering av system pågår. Ett annat sätt att hantera risken är kontinuitetsplanering som beskrivs på övergripande nivå i avsnittet *Kritiska beroenden inom Socialstyrelsens samhällsviktiga verksamhet*.

Hälso- och sjukvårdens informationssäkerhet

För att kunna erbjuda en god och säker vård behöver vårdgivare ha tillgång till relevant information om patienternas vårdshistorik. Dokumentation om patienternas kontakt med vården är därför av central betydelse inom vård och omsorg. Det är vanligt att medborgare förväntar sig att vårdpersonal har tillgång till all relevant information om dem som patienter när de uppsöker exempelvis en vårdcentral eller ett sjukhus. Förväntningarna på vilken information vårdpersonalen har tillgång till är ofta större än den faktiska

tillgången till information. En viktig del i patientsäkerheten är att vårdpersonal har tillgång till rätt information vid rätt tillfälle.

Våren 2011 genomförde Socialstyrelsen tillsyn av sex universitetssjukhus för att granska vårdgivarnas styrning av hantering av patienters personuppgifter i administrativa system och i journalsystem. Granskningen genomfördes utifrån kraven i SOSFS 2008:14. Vid tillsynen uppmärksammade man bland annat att informationssäkerhetspolicy saknades eller inte användes, att vårdgivarna inte fick några lägesrapporter om risker eller genomförda förbättringar, att journalsystemen förändrades utan tillräckliga krav på säkerhet, att verksamheten hade dålig beredskap för störningar samt att vårdgivarna hade för lite kontroll över personalens behörigheter och åtkomster. Samtliga sjukhus hanterade personuppgifter på ett sätt som kunde innebära risker för patienterna.

Socialstyrelsen utgav våren 2012 KAMEDO-rapporten – it-haverier i vården [38]. Rapporten beskriver fyra olika typer av störningar i it-system, som inträffat i svensk sjukvård under perioden 2008–2009. Bland de erfarenheter som nämns i rapporten framkommer bland annat att kvalitetsledningssystemen i hälso- och sjukvården måste innehålla mer av aktiv styrning och uppföljning av vårdgivarens it-system som innehåller känsliga personuppgifter. I rapporten påvisades att förlust eller avbrott i förbindelsen med patientdokumentation och andra it-baserade informationssystem kan medföra betydande risker för patientsäkerheten. Det blev även tydligt att det behövdes ett skydd mot skadlig kod, så kallat e-virus, som kontinuerligt ska uppdateras. Det framkom vidare att det är viktigt med konforma regler för alla system. Det innebär krav på samma säkerhet på alla enheter som innehåller uppgifter om patienter till exempel mobila enheter, medicinteknisk utrustning och externa enheter. Ansvarsförhållandena måste dessutom vara tydliga eftersom det föreslås att både externa och interna leverantörer ska kunna anlitas för drift och underhåll av såväl it- som medicintekniska system.

Riksrevisionen konstaterade i sin rapport *Rätt information vid rätt tillfälle inom vård och omsorg – samverkan utan verkan?* att vägledningen för att tillämpa patientdatalagen har varit otillräcklig. Riksrevisionen rekommenderade därför Socialstyrelsen att efter samråd med Datainspektionen utarbeta tydligare och mer heltäckande föreskrifter och riktlinjer för den praktiska tillämpningen av patientdatalagen [39].

Socialstyrelsen har under våren 2015 genomfört en workshop med företrädare från landstingen kring hälso- och sjukvårdens krisberedskap. På mötet diskuterades och beaktades landstingens krisberedskap och informations-säkerhetsperspektivet lyftes. Sammanfattningsvis lyfte landstingen följande:

- Landstingen har generellt en informationssäkerhetsansvarig eller informationssäkerhetssamordnare.
- Beredskapssamordnare samarbetar med landstingets informationssäkerhetsansvarige eller informationssäkerhetssamordnare.
- Generellt är informationssäkerhetsaspekterna beaktade i samhällsviktig verksamhet.
- Molntjänster blir allt vanligare i landstingen, vilket kan påverka informationssäkerheten.

- Vid it-störningar finns det risk för att viss patientinformation inte finns tillgänglig eller att riktigheten inte har säkerställts, vilket kan ha betydelse för patientsäkerheten.
- Flera it-system är beroende av varandra. Störningar i ett system kan därför få konsekvenser i andra system.
- Allt för få upphandlingar och avtal beaktar informationssäkerhetsaspekterna i tillräckligt stor omfattning.
- Landstingen har vanligtvis inte fastställt acceptabla avbrottstider och rutiner kopplade till detta.
- Kontinuitetshantering inom it- och informationssäkerhet är ett prioriterat utvecklingsområde som ännu är eftersatt.

MSB:s rapport uppföljning av informationssäkerhet i vården [37] bekräftar att regelbunden uppföljning och systematisk rapportering av kontroller, risker och incidenter i stor utsträckning saknas i landstingen. Det är därför svårt att skapa nationell bild av kvalitet och säkerhet i vårdssystem och dokumentation. Dagens fokus på it- och systemutveckling överskuggar frågor om kvalitet och säkerhet i vårdssystem och dokumentation. Vidare beskrivs att det saknas förståelse för risk- och kontinuitetshantering av verksamhetsinformation med utgångspunkt i mål, analyser och informationsklassning. I liten utsträckning berörs frågor om verksamhetsstyrning och kvalitetsledning av informationshantering och vårddokumentation, exempelvis genom informationsklassning samt risk-, kontinuitets- och incidenthantering. Kartläggningen belyser bristande helhetssyn på kvalitets- och säkerhetsfrågor i informationshantering, vårdssystem och dokumentation. Satsningar på e-hälsa, it och digital teknik i vården har inte åtföljts av lika många granskningar av effekter och resultat på vården och patientsäkerheten.

Sammanfattande bild av landstingens informationssäkerhet

Utifrån genomförd workshop med företrädare från landstingen kring hälso- och sjukvårdens krisberedskap och landstingens insamlade underlag om informationssäkerhet, beskrivs generellt informationssäkerhetsrelaterade hot som ett växande problem.

När det gäller informationssäkerhetsrelaterade hot mot landstingen redovisas generellt samma typer av hot och risker som förekommer inom övrig offentlig verksamhet och i krishanteringssystemet. Konsekvenserna för landsting och regioner är dock mera ansvarsområdesspecifika.

Landstingens underlag visar att frågor om verksamhetsstyrning och kvalitetsledning av informationshantering och vårddokumentation berörs i liten utsträckning. Det gäller även informationsklassning och risk-, kontinuitets- och incidenthantering.

Identifierade sårbarheter och brister i krisberedskap inom Socialstyrelsen

I detta avsnitt beskrivs sårbarheter för myndigheten inom informationssäkerhet på en övergripande nivå.

Den enskilt största sårbarheten för krisberedskapen inom Socialstyrelsen, som för myndigheten som helhet, är bristen på tillräcklig robusthet och redundans i it-infrastrukturen. Som tidigare nämnts har åtgärder vidtagits för att minska sårbarheten. En installation av en ny redundant nätverksinfrastruktur över två datahallar på olika adresser har slutförts. Transitering av myndighetens system pågår.

Viss sårbarhet kvarstår till dess att alla vitala system är överflyttade till det nya nätverket. Med vitala system avses verksamhetssystem och stödsystem som krävs för att Socialstyrelsen och krisledningsorganisationen ska kunna utföra sitt uppdrag. Kort kan det sammanfattas till: applikations- och databaservrar, filservrar och utskriftssystem. Samtliga är infrastrukturkomponenter som krävs för att underliggande it-infrastruktur och nätverket ska fungera samt för att en klient ska kunna logga in.

För att minska sårbarheterna finns det en kontinuitetsplanering på myndigheten. En beskrivning av Socialstyrelsen övergripande kontinuitetsplanering finns i avsnittet *Kritiska beroenden inom Socialstyrelsens samhällsviktiga verksamhet*.

Genomförda, pågående och planerade åtgärder

I detta avsnitt beskrivs informationssäkerhetsrelaterade åtgärder som myndigheten planerar att vidtas.

Av de risk- och sårbarhetsanalyser för informationssäkerhet som görs löpande i verksamheten framgår att den största risken och den huvudsakliga sårbarheten rör robusthet och redundans i it-infrastrukturen. Det gäller för Socialstyrelsen i stort och även krisledningsorganisationen. För att hantera risker och minska sårbarheter arbetar myndigheten på ett systematiskt sätt i enlighet med ledningssystemet för informationssäkerhet. I avsnittet *Kritiska beroenden inom Socialstyrelsens samhällsviktig verksamhet* beskrivs de åtgärder som vidtagits eller kan vidtas för att hantera risken och minska sårbarheten. Nedan följer ytterligare åtgärder som pågår eller planeras framåt.

De brister som framkom vid den senaste externrevisionen inom informationssäkerhet åtgärdas genom utveckling av tjänstenivåer i systemkontrakten, utveckling av mätetal för it-säkerhet, förbättrade riskanalyser för molntjänster och utveckling av teknisk och operativ efterlevnadskontroll av styrningen av informationssäkerheten. Samtliga avvikelser kommer att vara åtgärdade vid årsskiftet 2015/16. Vidare pågår införande av ytterligare processer enligt Information Technology Infrastructure Library (ITIL).

Ett arbete pågår med att se över möjligheten till att ansluta Socialstyrelsen till Swedish Government Secure Intranet (SGSI) eftersom det finns ett behov av att öka redundansen vid överföring av känslig information.

När det gäller fysisk säkerhet visade avvikelserapporteringen att obehöriga tog sig in i Socialstyrelsens lokaler genom ingången för varuleveranser. Denna ingång har nu stängts för in- och utpassering för personalen.

När det gäller vårdgivarens ansvar för behandling av personuppgifter och journalföring inom hälso- och sjukvården pågår ett arbete med ny föreskrift och allmänna råd som ska ersätta Socialstyrelsens föreskrifter

(SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården. Synpunkter på förslag till ny föreskrift och allmänt råd från externa remissinstanser inhämtades under juli–september 2015. Avsikten är att författningen ska träda i kraft under 2016. Vägledande information för tillämpningen av nytt regelverk ska tas fram i anslutning till ikraftträdandet.

Referenser

1. Gör det enklare!: slutbetänkande. Stockholm: Fritze; 2012.
2. Vägledning för Risk- och sårbarhetsanalyser. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB); 2011.
3. Samhällets krisberedskap: stärkt samverkan för ökad säkerhet: Regeringens skrivelse 2009/10:124. Stockholm: Riksdagens tryckeriexpedition [distributör]; 2010.
4. Behandling av svåra brännskador som rikssjukvård, definitionsutredning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
5. Behandling av svåra brännskador som rikssjukvård, tillståndsutredning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
6. Läkemedelsboken. 2014. Uppsala: Läkemedelsverket; 2013.
7. Beredskapsplanering för pandemisk influensa. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
8. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2015. Socialstyrelsen; 2015.
9. När temperaturen stiger. Åtgärder inom äldreomsorgen under värmeböljan 2014. Inspektionen för vård och omsorg; 2015.
10. En vecka utan lastbilar - en undersökning på 6 orter i Sverige. Sveriges Åkeriföretag; 2011.
11. Andersson, L, Bohman, A, Van Well, L, Jonsson, A, Persson, G, Farelus, J. Underlag till kontrollstation 2015 för anpassning till ett förändrat klimat [Elektronisk resurs]. Norrköping: SMHI; 2015.
12. Environmental Terminology and Discovery Service (ETDS). [citerad 2015-09-10]; Tillgänglig från: http://glossary.eea.europa.eu/terminology/terminology_sources.html
13. Effekter av värmeböljor och behov av beredskapsåtgärder i Sverige. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
14. Nero, C. Evakueringsplanering för sjukhus - en studie om behovet av en fungerande planeringsprocess. Lund: Brandteknik och Riskhantering; 2009.
15. Att planera och förbereda en storskalig utrymning. Karlstad: Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB); 2014.
16. Västra Götalandsmodellen-Sociala risker i risk- och sårbarhetsanalyser - en vägledning. Länsstyrelsen Västra Götalands län; 2012.
17. Sociala risker, civilsamhällets omvandling och strategisk riskhantering-slutsatser från ett forskningsprojekt. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB); 2015.
18. Förebygga, förhindra och försvåra – den svenska strategin mot terrorism [Elektronisk resurs]. 2015.
19. Brackbill, RM, Hadler, JL, DiGrande, L, Ekenga, CC, Farfel, MR, Friedman, S, et al. Asthma and posttraumatic stress symptoms 5 to 6 years following exposure to the World Trade Center terrorist attack. JAMA : the journal of the American Medical Association. 2009; 302(5):502-16.
20. Svenskt arbete mot antibiotikaresistens – verktyg, arbetssätt och erfarenheter. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2014.
21. Tillgång till läkemedel och sjukvårdsmateriel vid allvarliga händelser och kriser: betänkande. Stockholm: Fritze; 2013.

22. Just-in-time. [citerad 2015-09-11]; Tillgänglig från:
<http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/just-in-time>
23. Strålsäkerhetsmyndighetens risk- och sårbarhetsanalys med förmågebedömning för 2013. Strålsäkerhetsmyndigheten; 2013.
24. Pickering, A, Cooper, K, Harnan, S, Sutton, A, Mason, S, Nicholl, J. Impact of prehospital transfer strategies in major trauma and head injury: systematic review, meta-analysis, and recommendations for study design. *J Trauma Acute Care Surg.* 2015; 78(1):164-77.
25. Henry, JA, Reingold, AL. Prehospital trauma systems reduce mortality in developing countries: a systematic review and meta-analysis. *J Trauma Acute Care Surg.* 2012; 73(1):261-8.
26. Försvarspolitisk inriktning : Sveriges försvar 2016-2020 / [Elektronisk resurs]. Stockholm; 2015.
27. Samverkan vid kris - för ett säkrare samhälle [Elektronisk resurs]. 2015.
28. Eriksson, M. En kunskapsöversikt om krishantering, kriskommunikation och sociala medier. Östersund: Mittuniversitet; 2014.
29. Reservanordningar för kommunalteknisk försörjning –erfarenheter från 18 års verksamhet med statsbidrag till kommuner. Kortversion av rapport. Krisberedskapsmyndigheten; 2007.
30. Stärkt skydd för barn och unga-nationell handlingsplan för den sociala barn- och ungdomsvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och landsting (SKL); 2015.
31. Nationell handlingsplan för den sociala barn- och ungdomsvården. Stockholm: Akademikerförbundet SSR; 2015.
32. Tillsynsrapport - De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2014. Stockholm; 2015.
33. Statistik och hälso- och sjukvård samt regional utveckling. Verksamhetstabeller 2014. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2015.
34. OECD. Health at a glance: Europe 2014. OECD Publishing; 2014.
35. Restnoteringar – rapport från Läke medelsverket. Uppsala: Läke medelsverket; 2013.
36. Stöd för arbetet med regleringsbrevsuppdrag 2015 – informationssäkerhet i RSA. Stockholm: Myndigheten för Samhällsskydd och beredskap (MSB); 2015.
37. Uppföljning av informationssäkerhet i vården – vårdgivarnas rapportering av kontroller, risker och incidenter. Stockholm: Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB); 2015.
38. IT-haverier i vården: erfarenheter och förslag till åtgärder från aktuella fall. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
39. Rätt information vid rätt tillfälle inom vård och omsorg - samverkan utan verkan? RiR 2011:19. Riksrevisionen; 2011.