

Socialstyrelsens risk- och sårbarhetsanalys 2016

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 2016-10-14
Publicerad www.socialstyrelsen.se, november 2016

Förord

Socialstyrelsens risk- och sårbarhetsanalys (RSA) omfattar dels myndighetens generella krisberedskap och dels det särskilda ansvar myndigheten har för områdena hälso- och sjukvården och socialtjänstens krisberedskap. Risk- och sårbarhetsanalysen ska stärka myndighetens egen och samhällets krisberedskap.

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.

Rapporten har utarbetats av Tord Forsner (projektledare), Lennart Engblom, Johan Carlstedt och Annika Ström. Ansvariga chefer har varit krisberedskapschef Johanna Sandwall och stabschef Annika Nordlander Finn.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	8
Beskrivning av uppdraget	8
Socialstyrelsen och dess ansvarsområde	9
Socialstyrelsens ansvar	9
Verksamheter inom Socialstyrelsens ansvarsområde	10
Arbetsprocess och metod	14
Metod	14
Samhällsviktig verksamhet inom Socialstyrelsen och inom hälso- och sjukvård och socialtjänst	18
Samhällsviktig verksamhet Socialstyrelsen	18
Samhällsviktig verksamhet inom hälso- och sjukvården	19
Samhällsviktig verksamhet inom socialtjänsten	21
Identifierade kritiska beroenden inom samhällsviktig verksamhet	22
Kritiska beroenden inom Socialstyrelsen	22
Gemensamma kritiska beroende inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten	24
Kritiska beroenden inom hälso- och sjukvård	25
Kritiska beroenden inom socialtjänsten	26
Identifierade och analyserade hot och risker	27
Identifierade hot- och riskområden	27
Redovisning av sannolikhet och konsekvens av riskerna	30
Bedömning av Socialstyrelsens generella krisberedskap	33
Myndighetens generella krisberedskap utifrån indikatorer	33
Identifierade sårbarheter och brister	37
Socialstyrelsen	37
Sårbarheter och brister inom hälso- och sjukvård	37
Sårbarheter och brister inom socialtjänsten	41
Genomförda, pågående och planerade åtgärder	44
Genomförda, pågående och planerade åtgärder för Socialstyrelsen	44
Genomförda, pågående och planerade åtgärder inom ansvarsområdet	45
Behov av ytterligare åtgärder	49
Referenser	50
Bilaga 1	51
Landstingens indikatorer för generell krisberedskap år 2015 – resultat på nationell nivå	51

Sammanfattning

Risk- och sårbarhetsanalysen ska systematiskt identifiera och analysera sårbarheter, risker och hot för att förbättra krisberedskapen dels inom myndigheten, dels inom ansvarsområdena hälso- och sjukvård och socialtjänst. Detta kan ske genom att analysen bidrar till ökad medvetenheten och kunskap hos beslutsfattare och verksamhetsansvariga. Analysen kan också utgöra ett underlag för inriktningen av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens arbete liksom för myndighetens stöd och samordning av dessa. Slutligen utgör analysen ett bidrag till den nationella risk- och förmågebedömningen.

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

Underlaget till årets risk- och sårbarhetsanalys avseende hälso- och sjukvård utgörs huvudsakligen av landstingens risk- och sårbarhetsanalyser som för 2015, där särskild vikt har lagts vid analysen av landstingens inrapporterade indikatorer för den generella krisberedskapen, med perspektivet betydelse för landstingens katastrofmedicinska beredskap. Landstingens krishanteringsförmåga kan överlag uppfattas som god, men det finns en relativt stor spridning i hur landstingen själva bedömer sin generella krisberedskap. Indikatorsrapporteringen visar att det finns en grundläggande förmåga hos landstingen men också på några utvecklingsområden, t.ex. förmågan att begära, hantera och ta emot förstärkningsresurser, långsiktig utbildnings- och övningsplanering samt säkerställande av tillgång till personella och materiella resurser, samt en robust läkemedelsförsörjning. Det finns flera regionala olikheter vilket kan bidra till att det gör det svårt att dra allt för exakta slutsatser i ett nationellt perspektiv.

Socialstyrelsen redovisade i juni 2016 öppna jämförelser av krisberedskap inom socialtjänsten omfattande områdena: krav vid upphandling, plan för evakuering av särskilt sårbara grupper, plan för beredskap vid höga temperaturer. Den öppna jämförelsen grundar sig på svar från 91 procent av kommunerna och ger en viss bild av socialtjänstens krisberedskap.

Inom socialtjänstområdet finns förbättringsbehov inom områdena som kommunikation, samverkan och övning. Det gäller t.ex. planering inför evakuering, och tillgång till personella resurser. Många kommuner anger att de har genomfört övningar av funktioner eller personal under 2015, men övningar utgör ett område som även fortsättningsvis kan utvecklas.

Inledning

Samhällets krisberedskap utgörs av 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.

Denna rapport vänder sig i första hand till regeringskansliet och MSB.

Beskrivning av uppdraget

För att stärka sin egen och samhällets krisberedskap ska varje myndighet 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 (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid 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.

Rapportens disposition

Socialstyrelsens risk- och sårbarhetsanalys för 2016 redovisas enligt de avsnitt som anges i MSB:s föreskrifter (MSBFS 2016:7) 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.

Socialstyrelsen och dess ansvarsområde

Socialstyrelsens ansvar

Socialstyrelsen är en förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet, tandvård, socialtjänst, vilket beskrivs i förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

Socialstyrelsens krisberedskapsarbete ingår i det nationella systemet för krishantering. Myndigheten ska stärka samhällets beredskap inom hälso- och sjukvård och socialtjänst för att möta allvarliga händelser och bidra till att minska konsekvenserna av allvarliga händelser.

Förordning med instruktion för Socialstyrelsen (2015:284) anger att myndigheten ska medverka i krisberedskap och i totalförsvaret i enlighet med förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap, samt förordningen (2015:1053) om totalförsvaret och höjd beredskap. Socialstyrelsen ska bland annat samordna och övervaka planläggningen av den civila hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beredskap. Myndigheten ska vid en krissituation även hålla regeringen informerad och lämna den information som behövs för samlade lägesbilder om regeringskansliet eller MSB efterfrågar det. Vidare har Socialstyrelsen enligt myndighetens instruktioner 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.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, 32 a § 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 kan få ett lednings- och samordningsansvar för hälso- och sjukvårdens hantering av en allvarlig händelse i Sverige.

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. Det svenska nationella ambulansflyget (SNAM), som samordnas av MSB i samverkan med övriga aktörer, utgör också en resurs som kan användas i samband med insatser utomlands, såväl som vid allvarliga händelser i Sverige.

Internationell samverkan inom krisberedskapsområdet

Socialstyrelsen 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 före, under och efter en allvarlig händelse samt avser att stärka krisberedskapen utifrån bland annat lagar, förordningar och föreskrifter.

Socialstyrelsen samverkar även med länsstyrelserna, med anledning av länsstyrelsens geografiska områdesansvar på regional nivå, som 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.

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 (1982:763) respektive tandvårdslagen (1985:125). Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Landstingens krisberedskap och hälso- och sjukvård

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

Hälso- och sjukvårdslagen anger att landstingen ska planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls. Landstingets katastrofmedicinska beredskap har som mål att minimera konsekvenserna av de somatiska och psykiska följdverkningar som kan uppstå vid en allvarlig händelse. I Sverige finns det närmare ett sjuttio total akutsjukhus. De enskilda landstingen ansvarar för hur traumavården organiseras och struktureras. Vid allvarliga händelser i samhället kan de vardagliga resurserna behöva förstärkas.

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

Särskild organisation på regional nivå 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, enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap, har mandat att direkt leda och samordna all påverkad sjukvård.

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

Socialtjänstens ansvar regleras i Socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Det är en ramlag som ger kommunerna relativt stor frihet att anpassa verksamheten efter de lokala förutsättningarna.

Kommunen har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver (2 kap. 1 § SoL), såsom omsorg, vård och service, upplysningar, råd, ekonomisk hjälp och annat bistånd (3 kap. 1 § SoL). Detta innebär ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän. Enskilda socialarbetare har förhållandevis stor frihet i handläggningen av ärenden. Hjälpens ska anpassas efter individens särskilda behov.

Landstingen har det övergripande ansvaret för att befolkningen erbjuds en god hälso- och sjukvård och tandvård, men viss hälso- och sjukvård är dock kommunernas ansvar. Kommunerna ansvarar 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 (3§ resp. 18§) sluta avtal med någon annan om att utföra den hälso- och sjukvård som landstinget eller kommunen ansvarar för.

Kommunernas krisberedskap

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 lokal nivå 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

Ansvaret för den lokala krisberedskapen ligger på kommunen och omfattar samhällsviktig verksamhet inom alla kommunens nämnder.

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.

Arbetsprocess och metod

Metod

Socialstyrelsens generella krisberedskapsförmåga och arbete att förbygga och hantera kriser oavsett händelse har bedömts i denna risk- och sårbarhetsanalys. Enligt MSB:s föreskrifter (MSBFS 2016:7) om statliga myndigheters risk- och sårbarhetsanalyser ska krisberedskapsförmågan bedömas med hjälp av indikatorer och det är endast den egna organisationens förutsättningar som ska bedömas.

Hälso- och sjukvård

Landstingen ska redovisa en fullständig RSA inklusive indikatorer för generell krisberedskap det första året i varje mandaperiod (MSBSF 2015:4). Socialstyrelsen har sammanställt och analyserat samtliga landstings och regioners RSA för år 2015. Särskild vikt har lagts vid analys av landstingens inrapporterade indikatorer för den generella krisberedskapen. Syftet med sammanställningen är dels att få en övergripande bild av de förutsättningar landstingen har att förebygga och hantera extraordinära händelser, jämfört med tidigare RSA, i perspektivet betydelse för hälso- och sjukvårdens samhällsviktiga verksamheter. Den nu aktuella sammanställningen redovisar flera indikatorer som tidigare inte analyserats av myndigheten på samma sätt, eftersom tidigare RSA inte bidragit med samma underlag och frågeställningar. Därför görs en del generaliseringar i Socialstyrelsens kommentarer till resultatet.

Indikatorsrapporteringen bygger på landstingens egna bedömningar, och tolkningarna förefaller skilja sig åt beroende på vilken funktion eller vilket landsting som rapporterat. En rad reservationer från landstingen görs av typen; redovisad brist men efterfrågad förmåga finns delvis och åtgärder pågår, medför ofta att svaret blir ja istället för nej. I tidigare RSA föreskrifter fanns svarsalternativet ”vet ej”, som kompletterades med en kommentar kunde ge en mer utförlig beskrivning av nyanser i bedömd förmåga. Skillnader kan också antas finnas mellan klustren storstadslandsting, mellan stad och glesbygd vilket ytterligare utmanar slutlig bedömningen av nationell förmåga.

Socialtjänst

Inga risk- och sårbarhetsanalyser för kommunerna och socialtjänsten redovisas till Socialstyrelsen enligt MSB:s risk- och sårbarhetsföreskrift för kommunerna.

Socialstyrelsen fick i 2015 års regleringsbrev i uppdrag av regeringen att genomföra öppna jämförelser av krisberedskap inom socialtjänsten. Socialstyrelsen har inom ramen för arbetet med öppna jämförelser inom socialtjänstens områden inkludera kvalitetsindikatorer som rör krisberedskapen i kommunerna. Enkäten besvarades av 91 procent av kommunerna. Jämförelsen berör områdena: krav vid upphandling, plan för evakuering av särskilt

sårbara grupper, plan för beredskap vid höga temperaturer. Indikatorerna ger en viss bild av socialtjänstens krisberedskap.

Kvalitetsindikatorerna presenterades på riks-, läns-, och kommunnivå i samband med myndighetens ordinarie publicering av öppna jämförelser år 2016 [1].

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.

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 MSB:s vägledning [2].

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

Material och avgränsningar

Enligt MSB:s föreskrifter MSBFS (2016:7) 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.

Årets bedömning av landstingens och socialtjänstens krisberedskapsförmåga och analysen av betydelsen på nationell nivå bygger på:

- RSA-rapportering från landstingen år 2015
- Underlag från öppna jämförelser socialtjänstens krisberedskap 2016
- Underlag från kommunernas redovisning för 2016 till MSB enligt lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap

Rapporten fokuserar på krisberedskap gällande samhällsviktiga verksamheter inom hälso- och sjukvård och kommunernas socialtjänst. Områden som exempelvis kollektivtrafik och övrig teknisk infrastruktur i landstingen och kommunerna belyses inte i rapporten.

Analyserna i rapporten har gjorts utifrån allvarliga händelser i fredstid. Den föreskrivna metoden och indikatorer för RSA medger begränsade möjligheter att värdera hälso- och sjukvårdens och omsorgens förmåga vid höjd beredskap och krig. Tidigare övningsverksamhet, risk- och sårbarhetsanalyser och regeringsuppdrag har belyst strukturer, processer och förmågor inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten av betydelse för arbetet med civilt försvar.

Ett antal områden inom hälso- och sjukvården där åtgärder krävs för att nå av regeringen uppsatta mål har identifierats. Till detta kommer hos hälso- och sjukvården och Försvarmakten identifierade behov. De främsta områ-

dena är sjukvårdsledning inklusive robusta ledningsplatser, robusta akutsjukhus, sjuktransporter och prehospital vård, traumaomhändertagande, utbildning och övning, forskning, försörjning av läkemedel och sjukvårdsmateriel och mottagande av stöd från utlandet.

Under perioden 2016-2020 prioriterar Socialstyrelsen stödet till Försvarsmakten i arbetet med civilt försvar [3].

Samhällsviktig verksamhet inom Socialstyrelsen och inom hälso- och sjukvård och socialtjänst

Samhällsviktig verksamhet Socialstyrelsen

Krisledningsorganisation

Socialstyrelsen är ansvarig förvaltningsmyndighet för hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsens krisledningsorganisation utgör en samhällsviktig verksamhet inom myndigheten. Myndighetens krisledning bedöms vara nödvändig 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 och saklig krishanteringsförmåga. Resurserna kan delvis ligga hos andra aktörer, men är kopplade till myndighetens ansvar, exempelvis genom samverkan eller finansiering.

Tjänsteman i beredskap

Vissa statliga myndigheter, däribland Socialstyrelsen, har ett utpekat ansvar att ha en tjänsteman i beredskap (TiB). Socialstyrelsens TiB har till uppgift att initiera och samordna det inledande arbetet vid risk för eller inträffade allvarliga kriser inom myndighetens ansvarsområde. TiB ska upptäcka, verifiera, larma och informera vid allvarliga kriser, vilket bidrar till samhällets krishanteringsförmåga vid allvarlig händelse.

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

Läkemedel och sjukvårdsutrustning i beredskap

Socialstyrelsen förvaltar idag vissa lager för sällan använda antidoter och vissa vacciner, antidoter för vissa kemiska och radionukleära händelser samt infusionsvätskor.

Nordiska hälsoberedskapsavtalet

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.

Det nordiska samarbetet har lett till att det finns en struktur för samarbete mellan de nordiska länderna avseende hälso- och sjukvårdens beredskap inför kriser och katastrofer.

Myndighetsgemensamma resurser

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.

Det svenska nationella ambulansflyget (SNAM), som består av ett större ambulansflygplan som kan transportera intensivvårdskrävande patienter, är en resurs som kan användas för att bistå svårt skadade svenskar i utlandet med avancerad sjuktransport. SNAM kan genomföra en medicinsk evakuering av patienter från utlandet till Sverige eller annat land. Enskilda landsting har också möjlighet att använda denna resurs i samband med allvarliga händelser som leder till ett behov av särskilda sekundärtransporter av svårt skadade patienter inom Sverige. Ansvaret för förvaltning och utveckling av SNAM ligger hos MSB, och sker i samarbete och samråd med Socialstyrelsen, SAS och Västerbottens läns landsting

Samhällsviktig verksamhet inom hälso- och sjukvården

Landstingens förmåga att med kort varsel omhänderta ett stort antal svårt skadade utgör en samhällsviktig verksamhet och bygger på en väl fungerande traumavård i vardagen. I varje landsting är det viktigt att det finns en tydlig funktion som ansvarar för ledningsuppgifter vid allvarlig händelse eller när det föreligger risk för en sådan händelse. I ett skadeområde etableras en särskild sjukvårdsledning (Prehospital Sjukvårdsledning). På regional nivå (landsting) och lokal nivå (sjukhus) etableras också särskild sjukvårdsledning. Det är den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå som utgör kontaktyta mot nationell nivå (Socialstyrelsen). Den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå behöver ha befogenhet att samordna all påverkad sjukvård, den prehospitala akutsjukvården, sjuktransporterna och omhändertagandet på vårdenheter samt att göra direkta omfördelningar och prioriteringar av landstingets samlade resurser. Syftet är att optimera det medicinska omhändertagandet och se till att störningen påverkar den ordinarie verksamheten i så liten utsträckning som möjligt. Landstingens förmåga att etablera särskild sjukvårdsledning är samhällsviktigt och en förutsättning för katastrofmedicinsk beredskap och förmågan att fördela resurser regionalt, samt samverka vid allvarlig händelse.

Prehospital akutsjukvård

En fungerande prehospital akutsjukvård är en grundläggande del i hälso- och sjukvårdens krishanteringsförmåga med påverkan avseende vårdresultat, minskat lidande och resursutnyttjande, och som kan begränsad dödlighet, både på skadplats och senare under vården. Förutom bättre vård för den enskilde patienten kan en nationell samordning av den prehospitala akutsjukvården vid en allvarlig händelse med stort skadeutfall också innebära ekonomiska besparingar genom korrekt användning av resurser och ett triage av patienter direkt till rätt vårdnivå.

Luftburen ambulanssjukvård, som kombinerar hög medicinsk kompetens med snabb insatstid och transport till rätt vårdnivå, utgör en värdefull resurs, både vid mindre olyckor men också i samband med allvarliga händelser. Det svenska nationella ambulansflyget (SNAM) utgör också en resurs som vid behov kan användas för transport av svårt skadade patienter. Tillgången till en nationellt samordnad och effektiv luftburen ambulanssjukvård är samhällsviktigt och en framgångsfaktor för modern prehospital akutsjukvård.

Krisstöd

Landstingens särskilda ledning för krisstöd på regional nivå vid allvarliga händelser är att betrakta som samhällsviktig verksamhet, särskilt vid större händelser med många drabbade (se även nedan kring kommunalt krisstöd).

Särskild specialistsjukvård

Nedanstående verksamheter är särskilt känsliga och betydelsefulla vid allvarliga händelser med specifika skadeutfall, främst på grund av begränsade resurser, så som särskild kompetens och tillgången till högspecialiserade vårdplatser.

Brännskadevård

Behandling av svåra brännskador, som ofta är mycket vårdkrävande, klassas som rikssjukvård och utförs på två riksenheter i landet (Uppsala och Linköping). Utifrån en nationell plan har de delat ansvar för nationell samordning och resursmobilisering gällande brännskadeplatser. Utöver möjligheten att utnyttja fler vårdplatser vid de två riksenheterna finns beredskap för stöd från andra svenska och nordiska sjukhus.

Tryckkammarbehandling

Vid händelser med flera tryckutsatta individer, vid till exempel en ubåtso-lycka eller en brand med flera rökgasskadade är tryckkammarbehandling av mycket stort värde. Tryckkammarbehandling i Sverige har byggts upp på enskilda kliniker utan någon nationell plan, ursprungligen för att kunna behandla dykare med akuta symptom. Behandlingen kan idag genomföras på fem sjukhus i landet.

ECMO

ECMO (Extracorporeal Membran Oxygenering) innebär att blodet syresätts med en konstgjord lunga, utanför kroppen, oftast när respiratorvården inte längre räcker till. ECMO-behandling av traumafall är en behandling som bedöms bli alltmer aktuell inom avancerad traumavård. I normala fall finns det i Sverige ett fåtal platser, men vid behov kan landets thoraxkirurgiska

kliniker utöka till fler platser. Sverige ingår sedan tidigare i ett internationellt samarbete kring ECMO-behandling som handlar om att kunna begära stöd och ta emot patienter från utlandet.

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 länge en etablerad högisoleringsvård med intensivvård och laboratorium. Till högisoleringsenheten finns knutet en högisoleringsambulans med möjlighet till intensivvård under transporten. Vid längre transporter finns också möjlighet att lasta högisoleringsambulansen i ett av Försvarmaktens transportflygplan. Även internationella transporter kan genomföras med detta koncept.

Samhällsviktig verksamhet inom socialtjänsten

Socialstyrelsen bedömer att flera av socialtjänstens verksamheter uppfyller kriterierna för en samhällsviktig verksamhet. Socialtjänsten kan lämna viktigt stöd och hjälp både under och efter en allvarlig händelse och för att förebygga att vissa typer av allvarliga händelser uppstår. 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 viktiga för att vissa allvarliga kriser i samhället ska kunna hanteras så att skadeverkningarna blir så små som möjligt.

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 kritiska beroenden för samhällsviktig verksamhet inom Socialstyrelsen och inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

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

Kritiska beroenden inom Socialstyrelsen

För att kunna utföra det uppdrag som åligger Socialstyrelsen vid en kris är myndigheten även beroende av andra samhällsviktiga verksamheter utanför myndighetens egna verksamhets- och ansvarsområde.

I detta avsnitt beskrivs vissa kritiska beroende för den identifierade samhällsviktiga verksamheten inom myndigheten. Beskrivningen utgår främst utifrån myndighetens tjänsteman i beredskap och krisledningsorganisation.

Infrastruktur

Vid en kris är det viktigt att Socialstyrelsen har tillgång till tekniska försörjningssystem såsom el, värme, vatten och avlopp samt fungerande telekommunikationer vilka alla levereras till myndigheten genom externa aktörer. Myndigheten är självförsörjande vad gäller el under kortare perioder då det finns reservkraft på myndigheten.

Verksamhetsnära system

Kritiska beroenden avseende it-system för Socialstyrelsens samhällsviktiga verksamhet, är i stort sett desamma som för verksamheten som helhet. 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.

För att utföra Socialstyrelsens uppdrag behövs ett flertal tekniska system. Myndigheten har ett helt avskilt nätverk för register med mycket känsliga data. Denna miljö är inte direktkopplad till internet eller andra externa nätverk.

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.

Funktionen tjänsteman i beredskap TiB

Socialstyrelsens tjänsteman i beredskap (TiB) behöver i sin funktion bedriva omvärldsbevakning, kunna ta emot larm, bekräfta larm, genomföra värderingar av vilken påverkan händelse kan få samt genomföra inledande åtgärder. Funktionen är beroende av kontinuerlig bemanning och möjlighet till att byta tjänstgörande person om den skulle få ett oväntat förhinder eller behöva träda in som stabschef i myndighetens krisledningsorganisation. Vidare behöver beslutsfattare i form av operativ chef finnas tillgänglig om särskilda beslut behöver fattas.

TiB finns tillgänglig dygnet runt och ska kunna vara verksam utanför myndigheten vid ett larm utanför kontorstid. TiB använder Rakel för mottagande av larm och kommunikation med SOS Alarm.

Krisledningsorganisationen

TiB-funktionen och operativ chef behövs för aktivering av myndighetens krisledningsorganisation. Därutöver behövs personella resurser för funktionerna i krisledningsorganisationen; analys, samverkan, kriskommunikation och administration.

Krisledningsfunktionen är beroende av en fungerande ledningsplats och en alternativ ledningsplats, datorer, telefoner, Rakel, Kryptofax, Kryptotelefon och kringutrustning. Vid störningar i elförsörjningen blir Socialstyrelsen beroende av sin reservkraft. Myndigheten har ett beroende av en robust och redundant IT-infrastruktur för tillgång till internet, information på servrar och fungerade program. För telefoni är Socialstyrelsen beroende av fungerande elektroniska kommunikationer, exempelvis telefonoperatörer. För att upprätta lägesbild behövs information som kan finnas i olika webbtjänster, så som WIS, EU och WHO-portaler.

Tillgång till medicinska experter och forskning

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 hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Socialstyrelsen har fem kunskapscentrum i katastrofmedicin knutna till sig, vars syfte är att utveckla, bevaka och samordna kunskap inom katastrofmedicin. Dessa kan utgöra ett expertstöd för myndigheten och hälso- och sjukvården vid exempelvis uppföljning och utvärdering av allvarliga händelser. Två av kunskapscentrumen verkar inom allmän katastrofmedicin. Dessutom finns ett kunskapscentrum för katastrofpsykiatri, ett som bedriver forskning inom strålningsmedicin vid katastrofer och ett som bedriver forskning inom katastroftoxikologi.

Gemensamma kritiska beroende inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten

I detta avsnitt lyfts specifika identifierade kritiska beroenden för hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Energiförsörjning

Elavbrott kan på kort tid få allvarliga konsekvenser, vilket händelser har visat, exempelvis stormen Gudrun 2005. Vid elavbrott kan evakuering bli nödvändig för de av socialtjänstens boenden som saknar både stationär reservkraft och möjlighet att ansluta till mobil reservkraft, eller som inte kan prioriteras genom distributionssystemet. Även personer som i vanliga fall inte bor på gruppboende kan behöva evakueras till lokaler med reservkraft och kan utgöra en logistisk utmaning.

Verksamheter inom akutsjukvården som är relativt välutbyggd med reservkraft 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.

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.

Dricksvattenförsörjningen

Störningar i dricksvattenförsörjningen kan leda till brist på vatten och kan orsakas av exempelvis vattenläckor eller att dricksvatten blir otjänligt på grund av 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 socialtjänsten 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.

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.

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.

Akutsjukvården och äldreomsorgen har ett stort behov av leveranser av varor som sterilprodukter, förbrukningsmateriel, medicinsk teknisk utrustning och läkemedel. 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.

Övad personal

Det är viktigt att såväl nyanställda som anställd personal ges möjlighet att kontinuerligt delta utbildnings- och övningsverksamhet, t.ex. inom katastrofmedicin i syfte att upprätthålla lokal och regional krishanteringsförmåga.

Kritiska beroenden inom hälso- och sjukvård

I detta avsnitt lyfts specifika identifierade kritiska beroenden för hälso- och sjukvård.

Tillgång till läkemedel

Tillgången till läkemedel är avgörande för landstingens möjligheter att omhänderta drabbade och värna om liv och hälsa såväl vid mindre olyckor såsom vid allvarliga händelser. Kritiskt känsliga delar och beroenden finns i hela läkemedelssystemet inkluderande läkemedelstillverkare, partihandlare, slutförsäljare och användare [4]. Läkemedelsverket anger att samstämmiga uppgifter och rapporter tyder på en ökad frekvens av restsituationer dvs. situationer då beställningar av läkemedel inte kan levereras på både global nivå, EU-nivå samt inom Sverige. Orsakerna är många och komplexa men t ex faktorer som råvarubrist, minskat antal tillverkningsanläggningar och avsaknad av lagerhållning i alla led från tillverkare till grossister och apotek bidrar [5, 6].

Förbrukningsmaterial och livsmedel

Tillgången till förbrukningsmateriel och livsmedel är vitalt för en fungerande hälso- och sjukvård.

Drivmedel och reservkraft

Tillgången till drivmedel för att säkerställa person- och materialtransporter och drift av reservkraftsanläggningar inom hälso- och sjukvården är avgörande för en fungerande verksamhet och krishanteringsförmåga..

Kritiska beroenden inom socialtjänsten

Socialtjänstens verksamheter är i beroende av att andra verksamheter inom kommunen fungerar. Det finns även ett beroende mellan olika förvaltningar i kommunen och privata aktörer, 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 sänglifhtar som ska fungera dygnet runt [7].

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.

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 hälso- och sjukvård och socialtjänst och som kan anses vara allvarliga sett ur ett regionalt och nationellt perspektiv.

Identifierade hot- och riskområden

I följande avsnitt beskrivs ett urval av hot- och riskområden som allvarligt kan försämra förmågan till verksamhet inom myndigheten och dess ansvarsområden och kan leda till konsekvenser för hälsa och liv. Allvarliga händelser med påverkan på samhällsviktiga verksamheter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst kan orsaka störningar i exempelvis akutsjukvård, tillgång till sjukvårdsmateriel, läkemedel samt medicinsk teknisk apparatur.

Naturhändelser

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 hälso- och sjukvård och socialtjänst, särskilt vid en händelse som pågår under en längre tid.

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

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 då sjukhus och särskilda boenden hotas av brand kan de behöva utrymmas vilket kan få 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 har behövt genomföras. Internationellt har det där emot förekommit händelser som medfört att sjukhus varit tvungna att evakuera [8].

Nästan 600 personer läggs varje år in på sjukhus till följd av brandrelaterade skador enligt uppgifter i Socialstyrelsens nationella patientregister (PAR). 113 personer omkom i bränder under 2015 enligt uppgifter från MSB:s dödsbrandsstatistik [9]. 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

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.

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 ämnen och omfattande händelser med kemiska ämnen är förhållandevis ovanliga i Sverige. Biologiska händelser som allvarliga utbrott av högsmittsam sjukdom är också att se som sällanhändelser.

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

Händelser med kemiska ämnen är de händelser som är vanligast när farliga ämnen 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.

De nukleära och radiologiska hoten kan delas in i tre huvudgrupper: händelser i kärnreaktorer, händelser med radioaktiva ämnen och kärnladdnings-explosioner.

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..

Social oro och antagonistiska hot

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 [10].

MSB lyfter i rapporten *Sociala risker, civilsamhällets omvandling och strategisk riskhantering* [11] 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.

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.

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

Socialstyrelsen har här valt att beskriva några händelser som kan leda till konsekvenser för hälsa och liv och påverkan på samhället. Dessa händelser kräver samordnade åtgärder från flera myndigheter och aktörer.

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 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. Ebolautbrottet i Västafrika under 2014-2015 var det mest omfattande utbrottet hittills sedan sjukdomen upptäcktes på 1970-talet. Hundratals svenskar var verksamma i Västafrika under epidemin, men ingen smittades av ebola.

Lassafeber är en annan, betydligt vanligare blödarfeber, som finns i Västafrika och som årligen orsakar hundratusentals sjukdomsfall. Spridning på vårdinrättningar förekommer, men i väsentligt lägre grad jämfört med ebola, och dödligheten är låg, cirka 1 procent. Importfall av lassafeber till Europa inträffar då och då med flera års intervall. Det senaste importfallet till Sverige konstaterades i mars 2016, utan spridning till sjukhuspersonal eller närstående.

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 [12]. Det goda läget i Sverige påverkas kontinuerligt av global spridning. Resistenta bakterier som MRSA, VRE och tarmbakterier med ESBL har blivit ett allt större problem i den svenska sjukvården och i samhället [13].

Teknisk infrastruktur och försörjningssystem

För att kunna erbjuda en god och säker vård behöver vårdgivare ha tillgång till relevant information om patienternas vårdshistorik. 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.

Socialstyrelsen utgav våren 2012 Kamedo-rapporten It-haverier i vården [14]. 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.

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.

Redovisning av sannolikhet och konsekvens av riskerna

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 i tabell 3. Socialstyrelsen har använt en riskmatris där resultaten från riskbedömningen visualiseras, figur 1, enligt MSB:s vägledning [2]. Riskområdena belyser inte höjd beredskap och krig.

Figur 1. Riskvärdering utifrån identifierade och värderade hot och risker

Sannolikhet						
	Mycket hög sannolikhet		4			
	Hög sannolikhet		1	2 8 13 15 21	9	
	Medelhög sannolikhet		6 19 23	3 5 7 12 14	18 25 22 24 26	
	Låg sannolikhet	27		20	8 11	10
	Mycket låg sannolikhet					
		Mycket begränsande	Begränsande	Allvarliga	Mycket allvarliga	Katastrofala
						Konsekvens

Tabell 3. Identifierade hot och 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
	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

Bedömning av Socialstyrelsens generella krisberedskap

I detta kapitel redovisas övergripande myndighetens generella krisberedskapsförmåga.

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

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

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

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

Myndighetens generella krisberedskap utifrån indikatorer

Socialstyrelsens krisberedskapsförmåga bedöms med hjälp av indikatorer från MSB:s föreskrifter (MSBFS 2016:7) om statliga myndigheters risk- och sårbarhetsanalyser. Indikatorerna är besvarade med ett ja eller ett nej beroende på om indikatorn anses vara uppfylld.

Tabell 4 summerar myndighetens bedömning av den generella krisberedskapen.

Tabell 4. Indikatorer för bedömning av statliga myndigheters generella krisberedskap

Enligt MSBFS 2016:7

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 framtagna i samverkan med andra aktörer, såväl offentliga som privata.	Ja
	10	Det finns dokumenterade rutiner för att aktivera Krishanteringsorganisationen.	Ja
	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

Område	Nr	Indikator	Ja/nej
Samverkan	14	Planen för hantering av kriser och planerna för att upprätthålla samhällsviktig verksamhet kontrolleras minst en gång per år och revideras vid behov.	Ja
	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
Kommunikation	18	Myndigheten har fastställda rutiner för att information till allmänheten vid en kris samordnas.	Ja
	19	Det finns informationskanaler för att ta emot och dela information vid kriser	
		- internt inom myndigheten	Ja
		- till andra krisberedskapsaktörer	Ja
		- till allmänheten.	Ja
Informationssäkerhet	20	Det finns alternativa lösningar för att upprätthålla myndighetens prioriterade kommunikation	
		- inom myndigheten	Ja
		- gentemot andra krisberedskapsaktörer	Ja
		- till allmänheten vid inträffad händelse.	Ja
Kompetens	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 2016:1) 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
	22	Personalen i krishanteringsorganisationen har utbildning och kännedom om sin och myndighetens roll och ansvar vid en kris.	Ja
Övning	23	Personalen i krishanteringsorganisationen har kännedom om andra relevanta aktörers roller och ansvar vid kriser.	Ja
	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

Område	Nr	Indikator	Ja/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 5 kommenteras indikatorer som besvarats med ett nej. Till indikatorerna finns planerade eller pågående utvecklingsarbeten inom myndigheten.

Tabell 5. Kommentarer till indikatorerna

Indikator nr	Indikatorområde	Kommentarer
29	Övning	Händelser och övningar följs upp, men en systematik för utvärdering behöver utvecklas.
35	Resurser	Kan inte säkerställa ett långvarigt bortfall av el, vatten, mat och dryck, hygienartiklar, it-försörjning.
36	Resurser	I samband med den återupptagna planeringen för höjd beredskap undersöks möjligheten för en alternativ lokal för krisledningsorganisationen genom samlokalisering hos annan myndighet.

Åtgärder kopplade till tabell 5 redovisas i kapitel Genomförda, pågående och planerade åtgärder, tabell 7.

Identifierade sårbarheter och brister

I detta kapitel beskrivs identifierade sårbarheter och brister i krisberedskap inom myndigheten och ansvarsområdet. Redovisningen utgår från sårbarheter och brister i förmåga som framkommit vid identifiering av tidigare redovisade kritiska beroenden.

Socialstyrelsen

Infrastruktur

Vid en kris är det viktigt att Socialstyrelsen har tillgång till tekniska försörjningssystem såsom el, värme, vatten och avlopp samt fungerande telekommunikationer vilka alla levereras till myndigheten av externa aktörer. Myndigheten är självförsörjande vad gäller el under kortare perioder då det finns reservkraft på myndigheten.

Gällande it-relaterade frågor är det av vikt att ha en väl fungerande it-infrastruktur samt tillgång till internetåtkomst, e-post dygnet runt året om för tjänsteman i beredskap (TiB) och för krisledningsorganisationen. Socialstyrelsen är som de flesta andra aktörer sårbara när det gäller risken att utsättas för skadlig kod.

Sårbarheter och brister inom hälso- och sjukvård

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 utvecklingar och konsekvenser i samhället som kan innebära en ökad sårbarhet inom Socialstyrelsens ansvarsområden.

Tillgång till vårdplatser vid allvarlig händelse

Tillgången till vårdplatser är en viktig del i hälso- och sjukvårdens förmåga att kunna hantera en allvarlig händelse med många sjuka och skadade personer.

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.

Särskilt sårbart är tillgången till vårdplatser för högspecialiserad vård, intensivvård med fysisk utformning, utrustning, läkemedel och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och god arbetsmiljö.

Specialiserad vård

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.

Sårbarhet i läkemedelsförsörjningen

Sverige är ett importberoende land när det gäller läkemedel. Sveriges inhemska produktion av läkemedel är liten och inga vacciner produceras nationellt [4]. En minskad lagerhållning på apotek, sjukhus och hos grossister kan i samband med en allvarlig händelse leda till ökad sårbarhet och det saknas en samlad bild över hur landstingen upprätthåller en nödvändig tillgång till läkemedel och sjukvårdsmateriel.

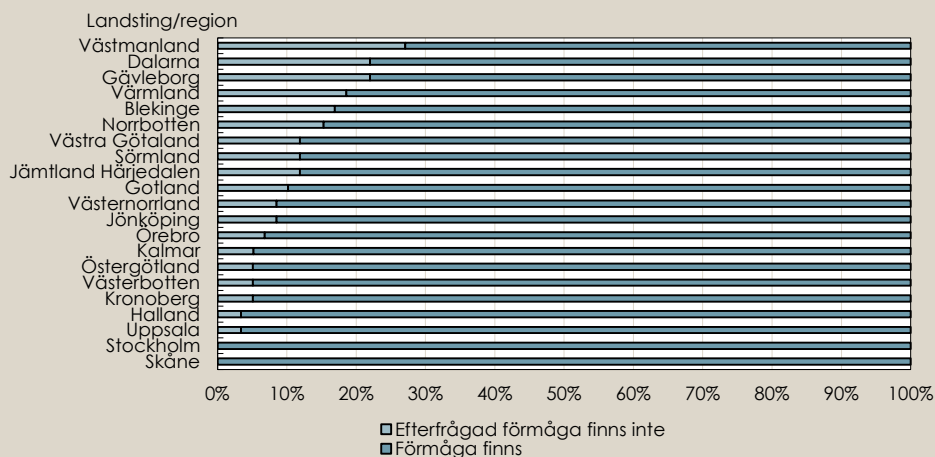
Indikatorer för bedömning av landstingets generella krisberedskap

I arbetet med att identifiera hot, risker och sårbarheter har Socialstyrelsen sammanställt svaren från landstingens och regionernas inrapporterade indikatorer för generell krisberedskap, enligt föreskriften för risk- och sårbarhetsanalys (MSBFS 2015:4). Även om landstingens krishanteringsförmåga överlag kan uppfattas som god visar indikatorrapporteringen på en del förhållandevis allvarliga brister kring deras generella krisberedskap. Det finns flera regionala olikheter vilket kan bidra till att det gör det svårt att dra allt för exakta slutsatser i ett nationellt perspektiv.

Diagram 1 visar hur stor andelen av landstingen som bedömer, i deras risk- och sårbarhetsanalys, att efterfrågad krisberedskapsförmåga i deras generella krisberedskap finns enligt MSB:s risk- och sårbarhetsföreskrift för landstingen. Frågorna kring landstingens generella krisberedskap enligt RSA-föreskriften redovisas i bilaga 1.

Diagram 1. Landstingens generella krisberedskap

Samlad bild om generell krisberedskapsförmåa enligt landstingens RSA- föreskrift



Källa: Landstingens inrapporterad RSA 2015

Det finns en relativt stort spridning i hur landstingen bedömer sin generella krisberedskap. Exempelvis anger Region Skåne att samtliga förmågor enligt RSA-indikatorerna finns, medan landstinget i Västmanland bedömer att 27 procent av krisberedskapsförmågorna inte finns. I landstingens bedömning av den generella krisberedskapen som inrapporterats finns några förmågor som bör uppmärksammas. Anledningen är att en betydande andel av landstingen och regionerna redovisar brister i dessa. I nedanstående tabell 6, redovisas därför de sex mest förekommande bristerna i samtliga landsting och regioner tillsammans med Socialstyrelsens kommentarer. I möjligaste mån har jämförelse gjorts med tidigare mätningar.

Tabell 6. Brister i Landstingens generella krisberedskap

Indikator	Andel Nej	Kommentarer
26. Har landstingets krisledningsnämnd övats under det gångna året?	57%	Drygt hälften av landstingen har inte övat krisledningsnämnden under aktuell period. Den främsta orsaken anges vara organisatoriska förändringar. I flera fall har nämnden informerats eller utbildats men av olika skäl har ingen praktisk övning genomförts. Det framgår dock att det finns en långsiktig planering för att involvera krisledningsnämnden i övningsaktiviteter. Tidigare mätningar hade 24% (2014) respektive 10% (2013) av landstingen inte övat sin krisledningsnämnd. Betydelsen av att involvera förtroendevalda i planeringsarbetet och vid långvariga allvarliga händelser bör inte underskattas.
35. Det finns rutiner för att begära och ta emot förstärkningsresurser (materiella och personella)	52%	Drygt hälften av landstingen och regionerna uppger att de saknar rutiner för att begära och ta emot förstärkningsresurser. Behovet är dock identifierat och arbete/planering har påbörjats i flera fall. Det finns risk för att den samlade förmågan att bistå varandra vid allvarliga händelser brister. Jämförande mätning saknas.

Indikator	Andel Nej	Kommentarer
31. Landstinget har en behovsanalys av vilka materiella och personella resurser som krävs för att hantera extraordinära händelser.	48%	Knappt hälften av landstingen uppger att de inte analyserat behovet av vilka resurser som krävs för att kunna hantera extraordinära händelser. I dessa landsting finns ändå en förståelse för att arbetet är eftersatt. I något enskilda fall finns dock ingen planering och området är inte heller prioriterat. Sannolikt utgör detta en betydande sårbarhet i den samlade förmågan att bistå varandra vid allvarliga händelser. Jämförande mätning saknas.
25. Finns det en utbildnings- och övningsplan för mandatperioden som efterföljs?	38%	I flera fall finns ingen långsiktig utbildnings- och övningsplanering eller också följs befintlig plan inte fullt ut. Ett landsting uppger att orsaken är att staten inte längre bistår med utbildningar. Vid tidigare mätningar svarade landstingen, gällande om det inte finns en övningsplan; år 2014, 24% och år 2013, 38%. Att drygt en tredjedel av landstingen och regionerna brister i denna planering utgör sannolikt en långsiktig och allvarlig risk gällande kompetensutveckling och regional krishanteringsförmåga.
13. Det finns rutiner och planer för att upprätthålla samhällsviktiga verksamheter som landstinget bedriver eller ansvarar för	33%	Flera landsting redovisar brister i denna del. Trots avsaknaden av rutiner och planer så finns en medvetenhet om behovet och arbete pågår i flera fall. Eftersom en tredjedel av landstingen saknar rutiner och planer finns en betydande brist i detta. Jämförande mätning saknas.
34. Det finns avtal och/eller överenskommelser med externa aktörer om förstärkningsresurser	33%	En tredjedel av landstingen uppger att de inte eller bara delvis har upprättat avtal med annan aktör om förstärkningsresurser samtidigt som man inte analyserat behovet. Medvetenheten finns med förmågan är inte säkerställd. Jämförande mätning saknas.
21b. Landstinget har rutiner för att identifiera och hantera kritiska beroenden till system och tjänster för informationshantering som är av central betydelse för landstingets verksamhet	29%	Av de landsting som rapporterat brister i denna del är det endast ett landsting som helt saknar aktiviteter gällande detta. Övriga ger svaret "delvis" vilket innebär att det finns vissa rutiner och att arbetet ändå pågår. Jämförande mätning saknas.
33. Det finns rutiner för att genomföra underhåll och kontrollera funktionalitet på de materiella resurser som endast används vid extraordinära händelser	29%	Vissa rutiner finns i en del landsting men svagheter har identifierats. Därför finns risk för att en del materiel inte är funktionsdugligt vid hastigt uppkomna behov. Jämförande mätning saknas.
32. Landstinget har uppdaterad/aktuell dokumentation rörande vilka interna materiella och personella resurser som finns att tillgå vid en extraordinär händelse.	29%	Brister i dokumentationen finns men överlag "vet man vad som finns". Detta utgör dock en svaghet i systemet eftersom det kan uppstå oklarheter och fördröjningar i samband med hastigt uppkomna behov. Jämförande mätning saknas.

Sårbarheter och brister inom socialtjänsten

I detta avsnitt lyfter Socialstyrelsen upp särskilt identifierade sårbarheter och brister i socialtjänstens krisberedskap utifrån kommunernas risk- och sårbarhetsanalyser 2015 och kompletterade uppgifter från Socialstyrelsens öppna jämförelser 2016.

Plan för evakuering saknas

- 43 procent av kommunerna uppger i årets öppna jämförelser att de har plan för evakuering av personer som får kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende [1].

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.

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.

- I årets öppna jämförelser för socialtjänstens krisberedskap anger närmare hälften av kommunerna att de har en plan för evakuering av äldre och vuxna med stöd av insatser enligt LSS. Endast 21 procent av kommunerna uppger att de har en plan för barn och unga [1].

Olika händelser kan leda till ett behov av att evakuera personer både i socialtjänstens boenden och personer som erhåller insatser av socialtjänsten 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.

Kommunala övningar

- I närmare 190 kommuner (68 procent) har funktioner eller personal anställd i kommunen övats under 2015 för att kunna lösa sina uppgifter vid extraordinära händelserna [1].

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. Övningar hjälper 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. Huruvida socialtjänsten ingått i nämnda övningar är oklart.

Tillgång till erfaren personal

Personalomsättningen inom socialtjänsten har ökat senaste åren 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 [15, 16].

IVO konstaterar i sin tillsynsrapport för 2015 [17] 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. Tillsynen inom äldreomsorgen har visat att det nattetid ofta är låg bemanning, ibland med vikarier i tjänst som kan sakna både utbildning och erfarenhet. IVO bedömer i sin tillsynsrapport situationen inom socialtjänsten som bekymmersam. 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.

Det ökande antalet ensamkommande barn och asylsökanden har inneburit en kraftigt ökad ytterligare belastning på socialtjänsten.

Höga temperaturer

Klimatförändringar kan leda till ökade temperaturer och längre eller mer frekventa tillfällen med höga temperaturer. Höga temperaturer kan leda till ökad dödlighet bland äldre personer som tidigare vårdats på sjukhus för framför allt kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), psykisk sjukdom och diabetes.

Närmare 50 procent av kommunerna uppger i årets öppna jämförelser att de har en beredskapsplan för äldre och vuxna inom LSS, lägst för barn- eller vuxna i HVB där 20 procent uppgav att en beredskapsplan fanns [1].

Kommunikation

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

En tidigare 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. Drygt en tredjedel av kommunerna (74 av 279 kommunerna) som besvarat indikatorn i kommunernas RSA 2015 har uppgett att det finns en TiB eller motsvarande som har beredskap dygnet runt alla dagar på året.

Avtal mellan kommun och andra aktörer

45 procent av kommunerna uppger i årets öppna jämförelser att krisberedskap ingår i kravspecifikationen vid upphandling av tjänster inom äldreomsorgen. Den kan jämföras med stödboende för barn och unga, där 21 procent uppger att det ingår [1].

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 tidigare undersökning av kommuners tillgång till reservkraft visade att endast ett fåtal av kommunerna hade stationär reservkraft till samtliga äldreboenden [18]. Detta innebär att kommunerna förlitar sig till ambulerande reservkraft mellan kommunernas omsorgsboenden, vilket kan vara sårbart vid en extrem vädersituation. I de kommunala analyser Socialstyrelsen i tidigare RSA 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.

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.

Genomförda, pågående och planerade åtgärder

I detta kapitel redovisas myndighetens och för ansvarsområdet planerade och genomförda åtgärder fram till och med oktober 2016. Förslag på ytterligare åtgärder presenteras under nästa kapitel – Behov av ytterligare åtgärder med anledning av risk- och sårbarhetsanalysens resultat.

Genomförda, pågående och planerade åtgärder för Socialstyrelsen

Här redovisas pågående och planerade åtgärder utifrån risk- och sårbarhetsanalysens resultat genomförda sedan föregående års rapportering utifrån en bedömning av myndighetens generella krisberedskap, redovisas i tabell 7. Åtgärderna belyser myndighetens krisberedskap och är kopplade till myndighetsindikatorer enligt MSB:s föreskrifter (MSBFS 2016:7).

Tabell 7. Åtgärder för att stärka Socialstyrelsens generella krisberedskap

Status	Åtgärd
Genomförda	En nationell övning av hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera en allvarlig händelse med många skadade.
	Identifierat nyckelfunktioner inom och utanför myndigheten som är nödvändiga för krisledningsorganisationen
	Kvalitetssäkrat kontaktuppgifter till personella resurser nödvändiga för krisledningsorganisationen
	Utbildning av krisledningsorganisationen avseende grundläggande kunskap om krisberedskap och myndighetens uppdrag och resurser
Pågående	Översyn av arbets- och delegationsordningen för myndighetens krisledningsorganisation.
	Kontinuerligt vidareutveckla kontinuitetsplaneringen för myndighetens samhällsviktiga verksamheter
	Utveckla förmågan för TiB och krisledningsorganisationen avseende omvärldsbevakning och framtagande av lögesbild i enlighet med det myndighetens gemensamma konceptet för <i>Gemensamma grunder som samverkan och ledning vid samhällsstörningar</i> .
	Kvalitetssäkring av rutiner och planer avseende materiella resurser inom krisledningsorganisationen som krävs för att hantera kriser.
	Vidareutveckla och systematisera kontinuitetsplaneringen för myndighetens samhällsviktiga verksamheter – rutiner och förvaltningsplaner för tekniska och personella resurser
	Utveckla utbildnings- och övningsplanen för myndighetens krisledningsorganisation i syfte att säkerställa Socialstyrelsens förmåga att bidra till samhällets samlade krishantering.
	Se över hur uppföljning och utvärdering av händelser och övningar kan systematiseras, bland annat genom framtagna kriterier för utvärdering av krisledningsorganisationen.
Planerade	I samband med den återupptagna planeringen för höjd beredskap undersöks möjligheten för en alternativ lokal för krisledningsorganisationen genom samlokalisering hos annan myndighet
	Utveckla myndighetens planering för att förebygga risker och sårbarheter samt plan för att hantera kriser inom ansvarsområdet.
	Utveckla förmågan till nationell samordning av hälso- och sjukvården bl.a. genom att analysera om en nationell samordningsfunktion skulle kunna ge en bättre behovs- och resursmatchning. En stärkt civil katastrofmedicinsk förmåga stärker även totalförsvaret.

Genomförda, pågående och planerade åtgärder inom ansvarsområdet

Projekt finansierade med anslag 2:4 krisberedskap

Under 2015 har Socialstyrelsen drivit ett antal projekt med koppling till identifierade risker, hot och sårbarheter i RSA, som finansieras helt eller delvis med medel från anslag 2:4 krisberedskap.

Metod för kontinuitetsplanering

Projektet, som har avslutats under 2016, har prövat användning och införande av metod för kontinuitetsplanering i hälso- och sjukvårdsverksamhet samt relaterande verksamhet enligt ISO standard 31000:2009. Det långsiktiga målet var att skapa robusthet i Region Skåne med fokus på kontinuitet i samhällsviktig verksamhet och att genom erfarenheter, informationssprid-

ning, samverkan och samarbete internt/externt gagna andra kommuner, landsting, myndigheter och privata utförare av hälso- och sjukvård.

Stora Publika evenemang

Projektet har avslutats och ny kunskap har spridits till intressenter och aktörer involverade i att arrangera stora publika evenemang dels genom föredrag, dels genom spridning av projektets slutrapport. Resultatet tas tillvara i ett nytt nu pågående projekt – *Utveckling och tillämpning av gemensamma grunder vid planeringen av massgatherings*. Resultatet av projektet Stora publika evenemang har ökat kunskapen hos de aktörer som är involverade i stora publika evenemang. Syftet var att ge ansvariga för publika evenemang och övriga aktörer kunskap om planering och genomförande av evenemang med målet att minska risken för oönskade händelser är uppnått.

Regional psykologisk och social krisberedskap

Projektet har avslutats och en rapport är publicerad. Genom att ta fram exempel på en regional handlingsplan för psykologiskt och socialt stöd och sedan tillämpa den i en lärande samverkansövning har ett kunskapsmaterial gjorts tillgängligt för kommuner, landsting och andra organisationer som deltar i samhällets krisberedskap. Underlaget kan användas som stöd för att vidareutveckla det psykologiska och sociala stödet som en del av krisberedskapen på såväl lokal som regional nivå i hela landet.

Deltagande i övning Barents Rescue 2015

Socialstyrelsen och Norrbottens läns landsting har deltagit i planeringsarbete och genomförande av övning Barents Rescue 2015.

Modell för att förstärka socialtjänstens roll inom krisberedskapen

Projektet är 2016 i sin slutfas. Arbetet handlar om utveckling av en modell för att förstärka socialtjänstens roll inom den kommunala krisberedskapen, tillvarata dess kunskaper och inkludera socialtjänstens perspektiv i lokala risk- och sårbarhetsanalyser.

Målet är att en sammanhållen modell utvecklas och prövas som är användbar för att tydliggöra och stärka socialtjänstens roll. Projektet adresserar risker oavsett om de betecknas som tekniska, naturrelaterade eller sociala (social oro och antagonism). Modellen utformas så att den utgör ett metodstöd i att ta tillvara socialtjänstens kunskaper både om individer och på strukturell nivå.

CBRNE ett utbildnings- och övningskoncept i samverkan

Projektet avslutas hösten 2016. Utbildnings- och övningskonceptet bygger på Gemensamma grunder för samverkan och ledning med fokus på händelser med farliga ämnen. Ett flertal mindre scenarioövningar har genomförts med syfte att ge förståelse och förmåga till samverkan inom ett skadeområde. Samverkan sker inom egen organisation med t.ex. bakre stöd och med andra aktörer som är operativa i skadeområdet. Övningarna ger fler perspektiv på vikten av samverkan och ger bilder för vinster med samverkan. Större delen av landsting/region har deltagit och har även polis och räddningstjänst

deltagit från länet. Instruktorer har utbildats som försätter utbildningarna lokalt och regional i eget landsting.

Öka förmågan att i samverkan hantera CBRNE-händelser

Projektet avslutas hösten 2016 och omfattar ett till del interaktivt utbildningsprogram inom CBRN som ligger på en digital plattform i Region Västra Götaland. Målgruppen är polis, räddningstjänst och sjukvård, programmet kan användas som en grundläggande utbildning, förberedelser inför övningar eller för repetition.

Förbättrad förmåga och Beredskap händelser med toxiska industrikemikalier

Projektet pågår och avslutas hösten 2016. Utgångspunkten för projektet är industrikemikalier som används i Sverige. Arbetet i projektet har fokuserat på sådana ämnen som vid ett plötsligt utsläpp till luft kan skada många människor akut eller har sådana egenskaper att redan ett fåtal akut skadade kan utgöra en påfrestning på samhällets räddningsorganisationer.

Rapporten kommer att sammanfatta organisation och stödfunktioner vid en allvarlig händelse med industrikemikalier som användes i Sverige 2013. Vidare beskriver den ett antal toxiska industrikemikalier utifrån deras primära skadande egenskap.

Implementering av Gemensamma grunder i landsting

Syftet med projektet, som fortfarande pågår, är att genom implementering av gemensamma grunder för samverkan och ledning i landstingen öka förmågan till inriktning och samordning i krishanteringssystemet.

Målet är att i samverkan med landstingen och andra aktörer i krisberedskapssystemet ta fram ett måldokument för inriktnings- och samordningsfunktionen och att öka landstingens förmåga att bedöma, initiera, samordna, samverka och leda det inledande arbetet vid samhällsstörningar.

Pågående arbete inom samverkansområden

Socialstyrelsen är engagerad inom två av samverkansområdena, *Skydd, undsättning och vård* (SOSUV) och samverkanområdet *Farliga ämnen* (SOFÄ). Aktiviteterna syftar bland annat till att identifiera brister inom samhällets krisberedskap och föreslå åtgärder till respektive ansvarsområde. En viktig del i diskussionerna om åtgärdsförslag i samverkansområdena är om behovet är identifierat i respektive myndigheters RSA.

Övningsverksamhet

Socialstyrelsens arbete med övningsverksamhet inom krisberedskap syftar till att bidra till utvecklingen av sektorsspecifik kunskap om övningsbehov och önskvärd krisberedskapsförmåga. Arbetet inriktas mot att samordna Socialstyrelsens övningsplanering utifrån ett nationellt och internationellt perspektiv. Planeringen har sin utgångspunkt i identifierade behov från bland annat RSA arbetet och i diskussioner inom de samverkansområden där myndigheten deltar. Aktiviteten syftar också till att långsiktig planera och säkerställa Socialstyrelsens interna behov av övning inom krisberedskapsområdet. I detta ingår dialog med andra myndigheter och företrädare för ansvarsområdet. Arbetet inkluderar också representation i Nationellt forum för

inriktning och samordning av övningar (NAFS) som är ett forum för krisberedskapsansvariga myndigheter vars syfte är att inrikta och samordna tvärssektoriella övningar på nationell och regional nivå samt övningar med EU- och internationella kopplingar för att ytterligare bidra till att utveckla samhällets krisberedskapsförmåga. Huvudmålet är att genom övningsverksamhet öka myndighetens och ansvarsområdets förmåga att hantera oönskade händelser, olyckor, kriser och situationer med höjd beredskap.

Nationell samverkansövning

I april 2016 genomförde Socialstyrelsen en nationell övning av en allvarlig händelse med många skadade. Det övergripande syftet med övningen var att identifiera utvecklingsområden där övningens resultat skulle utgöra ett underlag för att stärka hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera konsekvenserna av en sådan händelse. Socialstyrelsen beslutade att öva särskild sjukvårdsledning på regional nivå i sju landsting samt den egna myndighetens förmåga att hantera konsekvenserna av en tågolycka som förorsakats av en antagonistisk användning av sprängmedel. Då skadepanoramat innehöll ett stort antal brännskadade patienter övades även den nationella brännskadesamordningen. I rapporten redovisas sex utvecklingsområden som myndigheten bedömer som viktiga för att upprätthålla, säkra och förbättra förmågan att hantera allvarliga händelser:

- Dokumentation och lägesbild
- Kommunikation och terminologi
- Mobilisering och dirigering av resurser
- Fördelningsstrategi och gränssättande kapacitet
- Nationell samordning
- Övningsteknisk utveckling

Planering inför höjd beredskap

Socialstyrelsen ska i egenskap av bevakningsansvarig myndighet återuppta arbetet med civilt försvar. Myndigheten har redovisat till regeringen den 10 juni 2016 hur planeringsarbetet inom civilt försvar påbörjats, vad som planeras och vilka resultat som har uppnåtts [3].

Socialstyrelsen inledde under 2015 ett samarbete med Försvarsmakten inom områdena hälso- och sjukvård och civilt försvar. Tidigare övningsverksamhet, risk- och sårbarhetsanalyser och regeringsuppdrag har belyst strukturer, processer och förmågor inom framför allt hälso- och sjukvården av betydelse för arbetet med civilt försvar.

Ett antal områden inom hälso- och sjukvården där åtgärder kan krävas för att nå av regeringen uppsatta mål har identifierats. Till detta kommer Försvarsmaktens identifierade behov. De främsta områdena är sjukvårdsledning, inklusive robusta ledningsplatser, robusta akutsjukhus, sjuktransporter, prehospital akutsjukvård, traumaomhändertagande, utbildning och övning, forskning, försörjning av läkemedel och sjukvårdsmateriel och mottagande av stöd från utlandet. Att beakta höjd beredskap och krig i risk- och sårbarhetsanalysen inom ramen för myndighetens generella beredskap och sektorsansvar kan kräva en utveckling av exempelvis regelverk, metod och indikatorer.

Behov av ytterligare åtgärder

Stärka det förebyggande arbete

Landstingen redovisar i sina RSA:er för 2015 i relativt liten omfattning huruvida långsiktig omvärldsanalys i ett förebyggande perspektiv bedrivs.

En viktig faktor för god krisberedskap är arbetet med kontinuitetsplanering. Detta kan bidra till ett mindre sårbart samhälle och är en betydelsefull metod för att bibehålla förmågan att bedriva samhällsviktig verksamhet, på en acceptabel nivå, oavsett typ av störning. Arbetet med kontinuitetsplanering leder också ofta till att det skapas rutiner för att snabbt kunna återgå till normal verksamhet efter en störning. Detta arbete gäller också för socialtjänstens verksamheter.

Fler övningar med katastrofmedicinskt perspektiv behövs

Årets RSA visar generellt att landsting och regioner bedömer att de är bristfälligt förberedda på att begära, hantera och ta emot förstärkningsresurser. Detta riskerar att försvåra stöd mellan landsting och samordning på nationell nivå inom hälso- och sjukvården liksom i hela krishanteringssystemet. Bedömningen stärks av det i Socialstyrelsens pågående arbete med risk- och sårbarhetsanalys också framkommit uppgifter om att närmare hälften av landstingen inte har analyserat behovet av vilka resurser som krävs för att kunna hantera extraordinära händelser och att drygt hälften av landstingen saknar rutiner för att begära och ta emot förstärkningsresurser. Därtill saknar en tredjedel av landstingen avtal med annan aktör om förstärkningsresurser. Det finns också brister i dokumentation och rutiner för underhåll gällande detta, vilket kan leda till oklarheter och fördröjningar i samband med hastigt uppkomna behov.

Generellt gällande utbildning och övning är det viktigt att belysa riskerna med att drygt en tredjedel av landstingen och regionerna bedömer att deras planering för utbildning och övning är otillräcklig. I sammanhanget kan detta jämföras med resultatet av Socialstyrelsens tidigare uppföljning år 2010 som visade att motsvarande brist då var 20 procent [19]. I samband med myndighetens RSA år 2013 och 2014 var motsvarande jämförbara resultat 38 procent respektive 24 procent, tabell 8.

Tabell 8. Andel landsting som inte har en planering av katastrofmedicinsk övning

År	Andel landsting som inte har en övningsplanering
2010	20
2013	38
2014	24
2015	38

Referenser

-
- 1 Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av socialtjänstens krisberedskap. Hämtad 2016-07-07 från: <http://www.socialstyrelsen.se/oppnajamforelser/krisberedskap>
 - 2 Vägledning för Risk- och sårbarhetsanalyser. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB); 2011.
 - 3 Planering för civilt försvar 2016-2020. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
 - 4 Tillgång till läkemedel och sjukvårdsmateriel vid allvarliga händelser och kriser: betänkande. Stockholm: Fritze; 2013.
 - 5 Restnoteringar – rapport från Läkemedelsverket. Uppsala: Läkemedelsverket; 2013.
 - 6 Restnoteringar av läkemedel - fortsatt utredning. Rapport från Läkemedelsverket. Uppsala; 2015.
 - 7 Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2015. Socialstyrelsen; 2015.
 - 8 Nero, C. Evakueringsplanering för sjukhus - en studie om behovet av en fungerande planeringsprocess. Lund: Brandteknik och Riskhantering; 2009.
 - 9 Statistik och analysverktyget IDA. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap; 2016.
 - 10 Västra Götalandsmodellen -Sociala risker i risk- och sårbarhetsanalyser - en vägledning. Länsstyrelsen Västra Götalands län; 2012.
 - 11 Sociala risker, civilsamhällets omvandling och strategisk riskhantering-slutsatser från ett forskningsprojekt. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB); 2015.
 - 12 Svenskt arbete mot antibiotikaresistens – verktyg, arbetssätt och erfarenheter. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2014.
 - 13 Swedres-Svarm 2015 [Elektronisk resurs]. Folkhälsomyndigheten; 2016.
 - 14 IT-haverier i vården: erfarenheter och förslag till åtgärder från aktuella fall. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
 - 15 Stärkt skydd för barn och unga-nationell handlingsplan för den sociala barn- och ungdomsvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och landsting (SKL); 2015.
 - 16 Nationell handlingsplan för den sociala barn- och ungdomsvården. Stockholm: Akademikerförbundet SSR; 2015.
 - 17 Tillsynsrapport - De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2015. Stockholm; 2016.
 - 18 Nordentoft, M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. Danish medical bulletin. 2007; 54(4):306-69.
 - 19 Landstingens utbildnings- och övningsverksamhet - Uppföljning 2010 Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.

Bilaga 1

Landstingens indikatorer för generell krisberedskap år 2015 – resultat på nationell nivå

Indikator enligt MSBFS 2015:3	Ja	Nej
1. Landstinget har för mandatperioden rapporterat en sammanställd risk och sårbarhetsanalys till länsstyrelsen i enlighet med 4 § i denna författning.	20	1
2. Redovisningen av risk- och sårbarhetsanalysen fastställs av landstingets ledning.	19	2
3. Samtliga delar av landstingets verksamhet beaktas och vid behov involveras i arbetet med risk- och sårbarhetsanalyser.	17	4
4. Risk- och sårbarhetsanalysen används som underlag vid planering och beslut om åtgärder för att stärka landstingets krisberedskap. (Exempel: landstinget beslutar hur de risker som identifierats i risk- och sårbarhetsanalysen ska hanteras).	20	1
5. Relevanta delar av redovisningen från risk- och sårbarhetsanalysen görs tillgänglig för:		
5a beslutsfattare och anställda inom landstinget	21	0
5b berörda aktörer inom ansvarsområdet	20	1
6. Det finns en övad och utbildad Tjänsteman i Beredskap (TiB) eller motsvarande som har beredskap dygnet runt alla dagar på året.	21	0
7. Landstinget bedriver omvärldsbevakning i syfte att tidigt kunna identifiera och varna för extraordinära händelser.	20	1
8. Landstinget har en fastställd plan för hur de ska hantera extraordinära händelser som beskriver(krishanteringsorganisation):		
8a. hur landstinget ska organisera sig under en extraordinär händelse.	21	0
8b. hur landstingets krishanteringsorganisation leder, samordnar, samverkar samt säkerställer samband för att hantera en extraordinär händelse.	21	0
8c. vilka lokaler för ledning och samverkan som disponeras vid en extraordinär händelse	21	0
9. Landstingets planering för att förebygga risker och sårbarheter samt planer för att hantera extraordinära händelser är framtagna i samverkan med andra aktörer, såväl offentliga som privata.	19	2
10. Det finns dokumenterade rutiner för att aktivera krishanteringsorganisationen.	21	0
11. Det finns en beslutsordning med angivet mandat för krishanteringsorganisationen.	21	0
12. Inom krishanteringsorganisationen finns möjlighet att bedriva:		
12a. operativ ledning	21	0
12b. samverkan	21	0
12c. omvärldsbevakning	21	0

Indikator enligt MSBFS 2015:3	Ja	Nej
12d. framtagande av lägesbild	21	0
12e. kriskommunikation	21	0
12f. analys av händelseutvecklingen av en händelse på kort och lång sikt	20	1
13. Det finns rutiner och planer för att upprätthålla samhällsviktiga verksamheter som landstinget bedriver eller ansvarar för. (Exempelvis kontinuitetsplaner. De samhällsviktiga verksamheter som landstinget bedriver eller ansvarar för ska vara beskrivna inom risk och sårbarhetsanalysen).	14	7
14. Planen för hantering av extraordinära händelser och planerna för att upprätthålla samhällsviktig verksamhet kontrolleras minst en gång per år och revideras vid behov.	18	3
15. Landstinget har tagit initiativ till att aktörer inom ansvarsområdet samverkar och uppnår samordning i planerings- och förberedelsearbetet inför hanteringen av extraordinära händelser.	19	2
16. Landstinget har fastställda rutiner för att upprätta och förmedla en samlad lägesbild inom landstingets ansvarsområde avseende extraordinära händelser.	18	3
17. Landstinget har fastställda rutiner för deltagande i samverkanskonferenser.	21	0
18. Landstinget har fastställda rutiner för att information till allmänheten vid en extraordinär händelse samordnas.	21	0
19. Det finns informationskanaler för att ta emot och dela information vid extraordinära händelser:		
19a internt inom landstinget	21	0
19b till andra landsting	21	0
19c till länsstyrelsen	21	0
19d till Socialstyrelsen	21	0
19e till andra krisberedskapsaktörer	21	0
19f till allmänheten	21	0
20. Det finns alternativa lösningar för att upprätthålla landstingets prioriterade kommunikation:		
20a inom landstinget	19	2
20b till andra landsting	21	0
20c till Socialstyrelsen	20	1
20d till andra krisberedskapsaktörer	21	0
20e till allmänheten vid inträffad händelse	20	1
21. Landstinget hanterar information säkert:		
21a Landstinget bedriver ett systematiskt arbete med informationssäkerhet i enlighet med tillämplig informationssäkerhetsstandard (ISO/IEC 27001, ISO/IEC 27002) på området	19	2
21b Landstinget har rutiner för att identifiera och hantera kritiska beroenden till system och tjänster för informationshantering som är av central betydelse för landstingets verksamhet	15	6
22. Landstingen ställer krav på informationssäkerhet i förhållande till externa aktörer:		
22a När informationshantering upphandlas av extern leverantör	20	1
22b När landstingsverksamhet bedrivs av extern leverantör.	21	0
23. Personalen i krishanteringsorganisationen har utbildning och kännedom om sin och landstingets roll och ansvar vid en extraordinär händelse.	21	0
24. Personalen i krishanteringsorganisationen har kännedom om andra relevanta aktörers roller och ansvar vid extraordinära händelser.	20	1

Indikator enligt MSBFS 2015:3	Ja	Nej
25. Finns det en utbildnings- och övningsplan för mandatperioden som efterföljs?	13	8
26. Har landstingets krisledningsnämnd övats under det gångna året?	9	12
27. Har krishanteringsorganisationen övats under det gångna året?	18	3
28. Har landstinget under det gångna året deltagit i planering, genomförande eller utvärdering av samverkansövning på regional och/eller nationell nivå? (Exempelvis övas rutiner för samlad lägesbild, deltagande i samverkanskonferenser och samordning av information till allmänheten vid en extraordinär händelse).	17	4
29. Har landstinget utvärderat de övningar som genomförts under det gångna året? (För att svara ja krävs att både styrkor och svagheter hos landstingets egen krisberedskap har utvärderats. Vidare ska landstingets förmåga att samverka med andra aktörer ha utvärderats).	17	4
30. Har landstinget rutiner för att ta till vara erfarenheter från inträffade händelser och övningar?	18	3
31. Landstinget har en behovsanalys av vilka materiella och personella resurser som krävs för att hantera extraordinära händelser.	11	10
32. Landstinget har uppdaterad/aktuell dokumentation rörande vilka interna materiella och personella resurser som finns att tillgå vid en extraordinär händelse. (Exempelvis mobil reservkraft, pumpar, sandsäckar).	15	6
33. Det finns rutiner för att genomföra underhåll och kontrollera funktionalitet på de materiella resurserna som endast används vid extraordinära händelser.	15	6
34. Det finns avtal och/eller överenskommelser med externa aktörer om förstärkningsresurser vid extraordinära händelser.	14	7
35. Det finns rutiner för att begära och ta emot förstärkningsresurser (materiella och personella) från externa aktörer (lokala/regionala/nationella/internationella) i samband med extraordinära händelser.	10	11
36. Lokaler till krishanteringsorganisationen är utrustade och testade avseende åtminstone:		
36a. elförsörjning, med möjlighet till reservkraftsförsörjning, till lokaler, arbetsplatser och tekniska system med en uthållighet om minst en vecka	17	3
36b. it-försörjning	21	0
36c. tekniska system för kommunikation och samlad lägesbild (t.ex. Rakel och WIS),	19	2
36d. tillgång till vatten för hantering av mat, dryck och hygien som medger uthållighet om minst en vecka	17	4
37. Det finns utpekad alternativ lokalisering för krishanteringsorganisationen.	17	4