

Regional förmåga till ökad vårdkapacitet i fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig

Redovisning av regeringsuppdrag

Regional förmåga till ökad vårdkapacitet i fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2025-6-9633

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, juni 2025

Förord

I en instabil och osäker omvärld har ett väpnat angrepp mot Sverige blivit dimensionerande för hälso- och sjukvårdens beredskap. Hälso- och sjukvården behöver ha förmåga att hantera ett oväntat och ökat inflöde av patienter, patienter som dessutom kan ha andra eller mer omfattande skador än man är van att hantera. Inte minst visar erfarenheter från kriget i Ukraina vilka svåra utmaningar sjukvården kan komma att ställas inför. Hälso- och sjukvården behöver även ha beredskap för att kunna ta emot och vårda ett stort antal skadade eller evakuerade patienter från allierade inom Nato. En robust förmåga hos hälso- och sjukvården i vardagen är en förutsättning för att kunna öka kapaciteten vid kris och krig.

Denna rapport beskriver regionernas pågående arbete och de utmaningar som regionerna identifierat som begränsande för att öka kapaciteten inom hälso- och sjukvården. Rapporten ger en lägesbild baserad på regionernas svar på enkätundersökningar och erfarenheter från övningar av kapacitetsökningsförmågan. Socialstyrelsen redogör också för det stöd som lämnats till regionerna och lämnar förslag på insatser och åtgärder för att stödja regionerna i det fortsatta arbetet. I bilaga till rapporten presenteras hur två andra länder, Storbritannien och USA, arbetar med kapacitetsökningsförmåga.

Ansvarig projektledare har varit Jenny Persson Blom. Utredarna Agnes Martinsson, Per-Åke Nilsson, Helena Miller, Ola Grönnesby och medicinskt sakkunnig Bruno Ziegler har bidragit i arbetet. Ansvarig enhetschef har varit Jenny Fernebro.

Björn Eriksson
Generaldirektör
Socialstyrelsen

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	6
Inledning	7
Uppdragsbeskrivning	7
Omfattning och avgränsningar.....	8
Metod	9
Kartläggning av den regionala kapacitetsökningsförmågan ...	11
Regionernas erfarenheter från beredskapsövning KBÖ24	11
Exempel på pågående arbete med kapacitetsökningsförmåga	13
Personalen är den mest sårbara komponenten i PLUS-konceptet	15
Regional samverkan med kommuner varierar över landet	19
Regionerna är positiva till utvecklingen av kapacitetsökningsförmågan framåt	20
Den regionala förmågan är under utveckling	23
Övergripande fynd från kartläggningen	23
Personalförsörjning är en fortsatt utmaning för regionerna.....	24
Svårigheter vad gäller prioritering och ransonering av vård	25
Behov av arbete med robusta sjukhusbyggnader och alternativa lokaler för vård	25
Många åtgärder har tagits inom CBRN-området.....	26
Svårt att säkerställa tillgången till blod	26
Prognos framåt.....	26
Stöd till regionernas arbete med kapacitetsökningsförmåga ..	28
Mätbara mål och mått för kapacitetsökningsförmåga vid masskadehändelser	28
Fördelningsnycklar	29
Åtgärdsplaner för kapacitetsökningsförmåga vid kris och krig.....	30
KBÖ24 som lärande övning	33
Statsbidrag	33
Behov av fortsatta insatser	34
Referenser.....	35
Bilaga 1 Enkät till regionerna.....	37
Bilaga 2 Internationell utblick	51

Regional förmåga till ökad vårdkapacitet i fredstida krissituationer, höjd beredskap
och ytterst krig

Storbritannien.....	51
USA	52
Referenser.....	55
Rapporter & vägledningar	55
Webb-sidor	55
Bild 1. Flexible Surge Capacity.....	56
Bild 2. Omfördelningsplan exempel från Greater Manchester	57
Bild 4. CitizenAID	60

Sammanfattning

Socialstyrelsen slutredovisar med denna rapport *Uppdrag att analysera, utveckla och stödja regionernas förmåga att öka vårdkapaciteten i fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig* (S 2023/01226, S2024/01060 (delvis)). Rapporten utgår från regionernas svar på enkätundersökningar som ägde rum under hösten 2024 och våren 2025, samt fynd från den nationella katastrofmedicinska beredskapsövningen KBÖ24. Enkätundersökningarna hade en svarsfrekvens på 80 respektive 95 procent.

De flesta regioner bedöms ha kapacitetsökningsförmåga för att hantera en masskadehändelse initialt, men önskvärd förmåga saknas i dagsläget för att hantera en händelse långsiktigt. Dock uppger majoriteten av regionerna i en självskattning att förmågan kommer att finnas inom tre år, för såväl akut omhändertagande inom vården som effekterna av vårdbehovet över tid.

Personalförsörjningen framstår som den största utmaningen vad gäller regionernas kapacitetsökningsförmåga. Regionerna arbetar brett för att hitta lösningar. Satsningar på utbildning och kompetenshöjning av befintlig vårdpersonal, möjligheter att använda vårdstuderande eller pensionerad personal och samverkan med den kommunala hälso- och sjukvården är några exempel. Socialstyrelsen bedömer att detta arbete behöver fortgå och fördjupas.

Utgångspunkten för hälso- och sjukvårdens kapacitetsökningsförmåga är de fyra komponenterna *Personal, Lokaler, Utrustning, Styrning*, det så kallade PLUS-konceptet. Regionerna uppger att PLUS-konceptet är ett bra verktyg för att hjälpa verksamheterna att bedöma sin kapacitet, men att PLUS behöver utvecklas vidare för att bli ett effektivt och tydligt verktyg och även kunna användas för att jämföra förmågan mellan olika verksamheter och regioner. Det finns därmed behov av att utveckla PLUS-konceptet till ett mer ändamålsenligt verktyg.

Sammanfattningsvis finns det en vilja och ett intresse hos regionerna att dela sina erfarenheter av arbetet med kapacitetsökningsförmåga med varandra. Socialstyrelsen bedömer att behovet av erfarenhetsutbyte och insatser är extra stort inom ett antal områden, till exempel utveckling av PLUS-konceptet, prioritering och ransonering av vård, sjuktransporter och fördelningsnycklar.

Inledning

Uppdragsbeskrivning

Regeringen har gett Socialstyrelsen i *uppdrag att analysera, utveckla och stödja regionernas förmåga att öka vårdkapaciteten i fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig* (S2023/01226, S2024/01060). Senast den 2 juni 2025 ska Socialstyrelsen lämna en slutredovisning av uppdraget.

Utgångspunkt för genomförandet av uppdraget ska vara redovisningar från tidigare regeringsuppdrag:

- *Uppdrag att skyndsamt stärka den nationella och regionala förmågan vid masskadehändelser* (S2023/01226)
- *Uppdrag att ta fram nyckeltalsberäkningar och dimensionerande målbilder för hälso- och sjukvården* (S2022/04257)
- *Uppdrag att ta fram underlag m.m. samt att samordna, stödja, följa upp och utvärdera regionernas arbete med hälso- och sjukvårdens beredskap och planering inför civilt försvar* (S2021/02921)
- *Uppdrag att utveckla särskilda prioriteringsprinciper för hälso- och sjukvården som gäller vid kris och krig* (S2021/02920)

Socialstyrelsen ska även beakta det pågående arbetet med *uppdraget att bidra till att stärka tillgängligheten och vårdkapaciteten på regional och nationell nivå* (S2024/01058). Vid genomförande av uppdraget ska Socialstyrelsen föra dialog med regionerna och andra relevanta aktörer.

En delredovisning av uppdraget med en preliminär analys av regionernas förmåga att hantera ett plötsligt och oväntat inflöde av patienter och eventuella hinder för ökad förmåga lämnades till regeringskansliet den 16 december 2024. Som en del av uppdraget skulle Socialstyrelsen fördela statsbidrag till regionerna för arbetet med att utveckla förmågan att öka vårdkapaciteten i fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig. Statsbidragen fördelades till regionerna under hösten 2024.

I slutredovisningen av det här uppdraget ska Socialstyrelsen:

- genomlys och analysera regionernas förmåga att hantera ett plötsligt och oväntat inflöde av patienter samt identifiera eventuella hinder för ökad förmåga,
- lämna en prognos för utvecklingen av den regionala kapacitetsökningsförmågan,

Regional förmåga till ökad vårdkapacitet i fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig

- stödja regionerna i att ta fram mätbara mål för ökning av kapaciteten inom en viss tidsperiod för omhändertagande av typfall av masskadeutfall,
- stödja regionerna i att ta fram och etablera åtgärdsplaner för kapacitetsökning,
- stödja regionerna i att ta fram fördelningsnycklar eller liknande planering för att vid ett masskadeutfall möjliggöra snabb fördelning av patienter till sjukhus, och
- föreslå hur arbetet med att stödja och följa regionernas kapacitetsökningsförmåga vid kris och krig ska fortlöpa efter uppdragets slutredovisning.

Omfattning och avgränsningar

Socialstyrelsen har tidigare på uppdrag av regeringen tagit fram flera kunskapsstöd och rapporter som utgör utgångspunkter för genomförandet av uppdraget. Kunskapsstöden om *Vårdens prioriteringar i krig och fredstida katastrofer* [1] och *Hälso- och sjukvårdens kapacitetsökningsförmåga* [2] är särskilt viktiga, tillsammans med rapporten *Stärkt nationell och regional förmåga vid masskadehändelser till en nationell masskadeplan* [3] samt *Nyckeltal och dimensionerade målbilder för hälso- och sjukvårdens planering för civilt försvar* [4].

Utgångspunkten för hälso- och sjukvårdens arbete med kapacitetsökningsförmåga är de fyra komponenterna *Personal, Lokaler, Utrustning, Styrning* som tillsammans bildar akronymen PLUS [2]. Vid genomförande av uppdraget har Socialstyrelsen valt att fokusera på regionernas kunskap och tillämpning av PLUS-konceptet, som ett sätt att analysera regionernas kapacitetsökningsförmåga för hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har även tagit del av regionernas egna erfarenheter från genomförda övningar där den regionala förmågan till kapacitetsökning testades.

Insatser för att stärka sjukvårdens tillgänglighet, vårdkapacitet och patientsäkerhet i vardagen ingår inte i uppdraget, men en fungerande sjukvård i vardagen är en förutsättning för att ha förmåga att hantera ett plötsligt och oväntat inflöde av patienter vid kris och krig. Socialstyrelsens arbete med framför allt vårdplatser och kompetensförsörjning generellt är därför nära kopplat till detta uppdrag varför myndigheten behöver arbeta samlat med frågorna för att åstadkomma tydlighet och genomförandekraft i relation till hälso- och sjukvårdens huvudmän.

Metod

Enkäter om hälso-och sjukvårdens kapacitetsökningsförmåga

Under genomförandet av uppdraget har Socialstyrelsen vid två tillfällen skickat ut en enkät till landets 21 regioner. Insamlingsperioden för den första enkäten var 28 oktober till den 8 november 2024. Resultatet av den första enkäten presenterades i delredovisningen av uppdraget. Insamlingsperioden för den andra enkäten var mellan den 20 mars till 10 april 2025. Enstaka regioner lämnade sitt svar efter den 10 april, även dessa svar har inkluderats i slutrapporten. Befattning på respondenter i respektive region var främst beredskapsöverläkare och beredskapschefer eller motsvarande. Totalt besvarades enkäten av 20 utav 21 regioner, vilket ger en svarsfrekvens på 95 %.

Syftet med undersökningarna var att samla in underlag för att kunna analysera regionernas kapacitetsökningsförmåga vid fredstida krissituationer, höjd beredskap och krig. Frågorna handlade om den regionala nivån av kapacitetsökningsförmåga och i vilken omfattning respektive region implementerat och tillämpar PLUS-konceptet i sin verksamhet samt eventuella behov av stöd från Socialstyrelsen i arbetet. Regionerna fick även möjlighet att beskriva sina erfarenheter och lärdomar från övningar där förmågan till kapacitetsökning testades.

Utgångspunkten för frågorna var en masskadehändelse enligt det scenario som presenteras i Socialstyrelsens kunskapsstöd *Hälso- och sjukvårdens kapacitetsökningsförmåga* [2] och erfarenheter från den nationella katastrofmedicinska beredskapsövningen som ägde rum i november 2024 (KBÖ24). Begreppet masskadehändelse förtydligades i den andra enkäten som 200 skadade på två timmar per akutsjukhus. Enkätfrågorna presenteras i sin helhet i bilaga 1.

Genomförande och utvärdering av katastrofmedicinsk beredskapsövning

Under hösten 2024 genomfördes Katastrofmedicinsk beredskapsövning 2024 (KBÖ24) med deltagande av landets samtliga regioner och Socialstyrelsen, under ledning av Katastrofmedicinskt centrum i Region Östergötland på uppdrag av Socialstyrelsen. Syftet med övningen var att öva och testa hälso- och sjukvårdens förmåga att nationellt samordna vårdresurser vid en komplex katastrof med en stor mängd skadade. Övningsscenariot utgick från en fiktiv säkerhetspolitisk kris i Europa med förfrågan om stöd för evakuering av patienter till Sverige. Övningen bestod av två dagar med seminarieövning följt av en dag med funktionell övning.

Regional förmåga till ökad vårdkapacitet i fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig

Den funktionella övningen utgick från masskadehändelser som inträffade i sju regioner i landet under samma tidsperiod. Inför övningen genomfördes även ett antal kunskapshöjande föreläsningar.

För att utvärdera övningen användes flera insamlingsmetoder, bland annat enkäter, observationer, dokumentationsanalys och After Action Review (AAR).¹ Enkäterna besvarades av deltagare vid övningen, vilka innehar befattningar inom regional och lokala särskilda sjukvårdsledning i landets regioner. Dessutom arrangerades konferenser med regionerna och Socialstyrelsen, för att utvärdera utfallet av övningen.

Referensgrupp

För genomförande av regeringsuppdraget har Socialstyrelsen haft tillgång till en referensgrupp med representation av beredskapsöverläkare och beredskapsstrateger från sex regioner. Referensgruppen har deltagit i genomförandet av uppdraget genom regelbundna möten och avstämningar. Gruppen har haft en aktiv roll vad gäller utformning av enkäterna och planering av nedan beskrivet kunskapsseminarium.

Kunskapsseminarium

Den 6 maj 2025 anordnade Socialstyrelsen ett kunskapsseminarium om kapacitetsökningsförmåga och PLUS-konceptet. Målgrupp för seminariet var beredskapschefer, beredskapsöverläkare, beredskapssamordnare, beredskapsstrateger eller motsvarande. 17 regioner var representerade vid seminariet.

Utgångspunkten för seminariet var PLUS-konceptet och programpunkterna fokuserade på de fyra komponenterna *Personal*, *Lokaler*, *Utrustning* och *Styrning*. Seminariet syftade till att erbjuda regionerna stöd i arbetet med att utveckla sin kapacitetsökningsförmåga genom workshop, dialoger och erfarenhetsutbyte. Tre regioner presenterade exempel på arbeten med kapacitetsökningsförmåga inom sina respektive regioner. Socialstyrelsen informerade även om aktuella arbeten och regeringsuppdrag inom området.

Internationell utblick

För att undersöka två länder som bedöms ha kommit långt i arbetet med kapacitetsökningsförmåga gjordes en litteraturstudie. Metod och resultat beskrivs i bilaga 2.

¹ AAR är en systematisk dialogbaserad reflektionsmetod som används före, under och efter genomförda insatser, övningar eller andra händelser.

Kartläggning av den regionala kapacitetsökningsförmågan

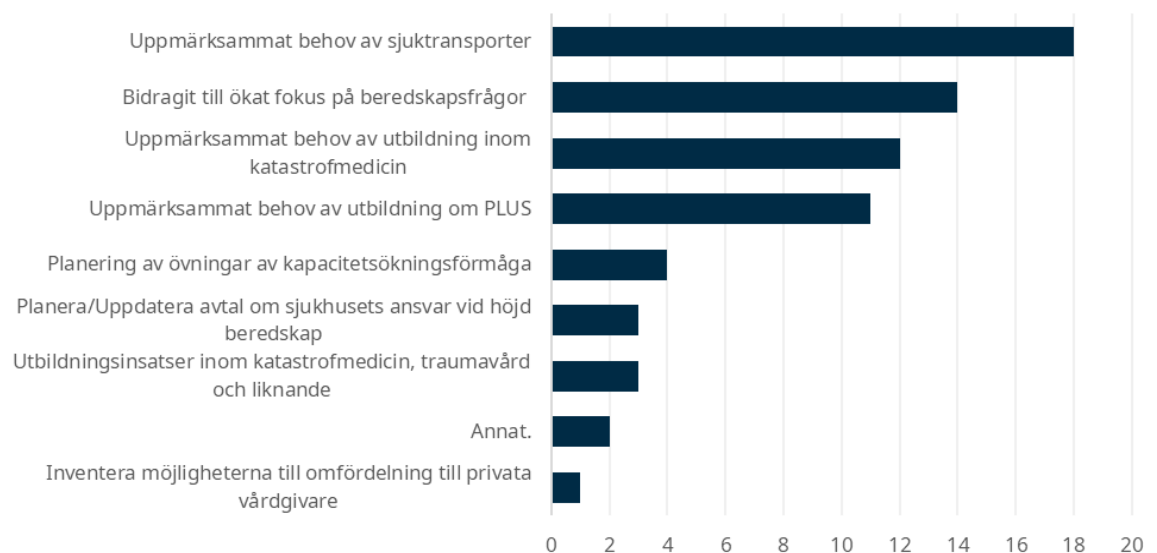
I kapitlet redovisas en kartläggning av regionernas kapacitetsökningsförmåga. Kartläggningen bygger dels på den enkätundersökning som genomfördes våren 2025, dels på beredskapsövningen KBÖ24.

Regionernas erfarenheter från beredskapsövning KBÖ24

Eftersom samtliga regioner deltagit i KBÖ24 ställdes i enkäten frågan om övningen påverkat arbetet med kapacitetsökningsförmåga inom regionen på något sätt och i så fall på vilket sätt. Majoriteten (90 %) av regionerna svarade att övningen uppmärksammat behovet av resurser till och samordning av sjuktransporter. 70 % av regionerna svarade att övningen bidragit till ett ökat fokus på beredskapsfrågor inom regionen. Flera av regionerna svarade att KBÖ24 även uppmärksammat behovet av utbildning av vårdpersonal inom PLUS-konceptet och utbildningsinsatser inom området katastrofmedicin, traumavård och liknande (se figur 1).

Figur 1. Regionernas lärdomar efter KBÖ24

Har KBÖ24 påverkat arbetet med kapacitetsökningsförmåga i er region?



Enkätsvaren visar också att 75 % av regionerna identifierade utvecklingsområden eller behov av förbättringar av kapacitetsökningsförmågan i regionen i samband med KBÖ24. Regionerna hade möjlighet att ge exempel på de identifierade utvecklingsområdena. Gemensamt för flera regioner var behov av ökad förmåga och organisering

av sjuktransporter. Behov av ett systematiskt arbetssätt för att identifiera och rapportera kapacitetsökningsförmåga såväl i vardag som i kris och krig, påtalades också av flera regioner. Som exempel på sådant arbetssätt fanns förslag som en strukturerad mall och digitalt stöd. Flera regioner identifierade behov av övning av särskilda sjukvårdsledningen och dess organisation, att den regionala masskadeplanen behöver utformas på ett tydligare sätt för att vara ett fungerande beslutsstöd till den särskilda sjukvårdsledningen och till verksamheterna. Behov av att inventera personalens kompetenser, bland annat inom specialistkunskaper och språk, fanns också med bland förslagen på förbättringsområden.

Många av fynden från enkätundersökningen fick stöd i utvärderingen av KBÖ24. I resultaten från utvärderingen av KBÖ24 uppmärksammades särskilt behov av att öka förmågan att koordinera sekundärtransporter.² Vidare framkom att deltagarna ansåg att övningen bidragit till att öka förståelsen för den egna organisationen, framförallt avseende brister och utvecklingsområden, liksom vikten av ett strukturerat stabsarbete.

Planerade övningar

De regioner som genomfört egna övningar inom regionen sedan tidigare, kände sig mer förberedda under KBÖ24. Nästan samtliga regioner planerade att genomföra egna övningar inom de närmaste åren, varav hälften svarade att de planerade övningar under 2025.

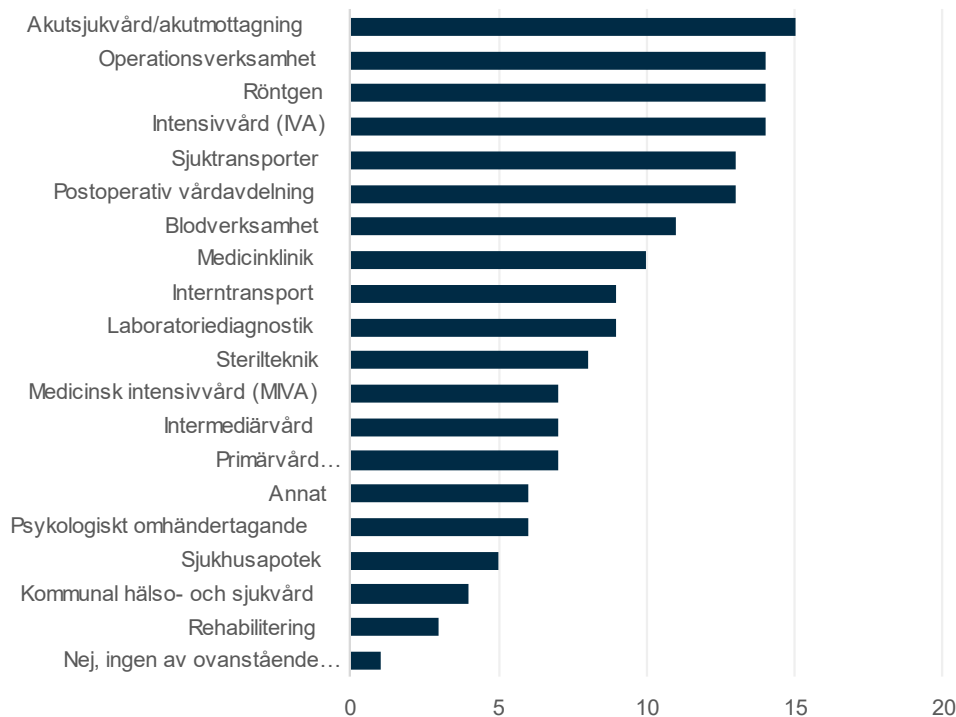
De flesta regionerna avsåg att inkludera verksamheter inom akutsjukvård, intensivvård, operation, postoperativ vård, röntgen och sjuktransporter vid kommande övningar (se fördelningen över verksamheter i figur 2). Vissa regioner svarade att de planerade övningar med ytterligare verksamheter som förlossning, hemsjukvård, tandvård, psykiatri, pediatrik, fastighetsskötsel och med blåljusverksamheter inom området pågående dödligt våld (PDV).

² Med sekundärtransport avses i rapporten transport av patienter mellan sjukhus, även över regiongränser.

Regional förmåga till ökad vårdkapacitet i framtida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig

Figur 2. Verksamheter som regionerna har för avsikt att inkludera i kommande övningar

Har ni planerat att inkludera någon av följande verksamheter vid en sådan övning?



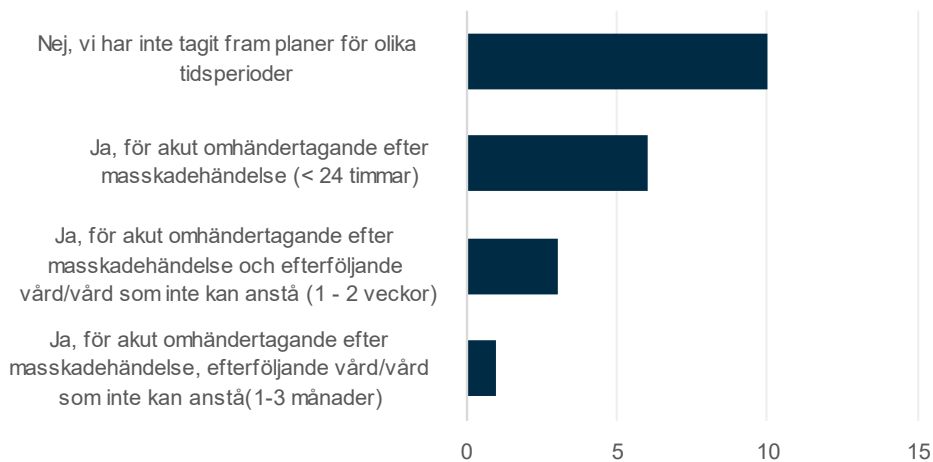
Exempel på pågående arbete med kapacitetsökningsförmåga

I enkätundersökningen fick regionerna besvara frågan om de tagit fram planer för kapacitetsökningsförmågan inom regionen för att hantera masskadehändelse för olika tidsperioder. Syftet med frågan var att undersöka dels förmågan att hantera akuta vårdbehov, dels förmågan att hantera de långsiktiga vårdbehoven efter en masskadehändelse liksom övrig vård som inte kan anstå.

Hälften av regionerna svarade att de har tagit fram planer för olika tidsperioder. Av dessa svarade 30 % att de har planer för omhändertagande det första dygnet och 15 % att de har planer för akut omhändertagande och efterföljande vård och annan vård som inte kan anstå för 1–2 veckor. En region svarade att de har motsvarande planer för upp till tre månader (se figur 3).

Figur 3. Regionernas planering för olika tidshorisonter

Har ni tagit fram planer för kapacitetsökningsförmåga inom er region för hantering av en masskadehändelse (200 skadade på 2 timmar) för olika tidsperioder?



Regionerna ombads även svara på om de tagit fram planer för kapacitetsökning vid fredstida krissituationer, höjd beredskap och krig inom följande områden:

- vård som kan skjutas upp och vård som inte kan anstå
- sjuktransporter inom och mellan regioner
- personalförsörjning
- hantering på sjukhus av kontaminerade efter CBRN-händelse³
- samverkan med kommuner om den kommunala hälso- och sjukvården

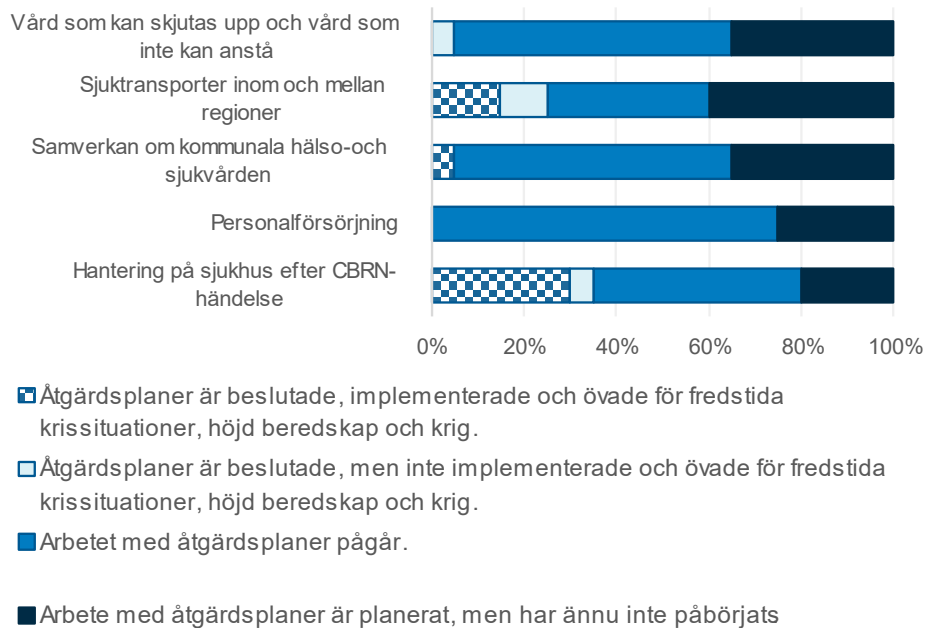
Svaren visar att regionerna har kommit längst med planer för sjuktransporter och hantering på sjukhus av kontaminerade efter CBRN-händelse. Flera regioner lyfter betydelsen av ökade resurser till sjuktransporter och har påbörjat arbeten med förstärkningsresurser inom området.

Däremot har man inte kommit lika långt i arbetet med personalförsörjning. Regionernas svar visar dock att man arbetar brett för att hitta lösningar. Satsningar på utbildning och kompetenshöjning av befintlig vårdpersonal, möjligheter att använda vårdstuderande eller pensionerad personal och samverkan med den kommunala hälso- och sjukvården är några exempel. Prioritering och ransonering av vård är ett annat område där arbetet behöver förstärkas. Socialstyrelsen har tagit fram ett kunskapsstöd om vårdens prioritering vid kris och krig [1], men flera regioner uttrycker behov av tydligare riktlinjer kring prioriteringar och medicinska inriktningsbeslut. Vissa regioner har dock kommit långt i arbetet och det finns ett stort intresse av att ta del av deras erfarenheter och kunskaper (se fördelningen av svar i figur 4).

³ CBRN är den internationella förkortningen för farliga ämnen; chemical, biological, radiological, nuclear (översatt till svenska; kemiska, biologiska, radiologiska, nukleära).

Figur 4. Regionernas planering inom olika områden

Har ni tagit fram åtgärdsplaner eller motsvarande för kapacitetsökning vid fredstida krissituationer, höjd beredskap och krig inom följande områden?

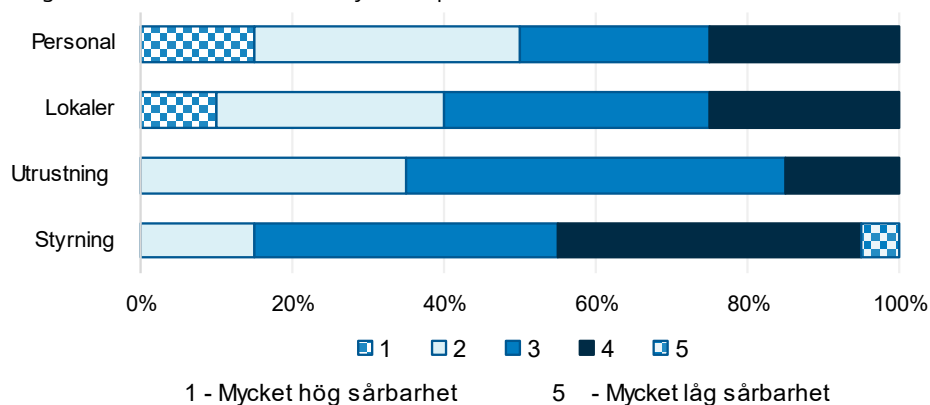


Personalen är den mest sårbara komponenten i PLUS-konceptet

Regionerna ombads i enkäten att gradera sårbarheten hos de fyra komponenterna i PLUS (*Personal, Lokaler, Utrustning, Styrning*) inom sin verksamhet. Av svaren framgår att personal var den mest sårbara komponenten, vilket stämmer överens med resultatet i den tidigare enkäten. Medelvärde för sårbarheten för personal hamnade på 2,6 på en femgradig skala (se fördelningen i figur 5).

Figur 5. Regionernas gradering av sårbarheten i de fyra PLUS-komponenterna

Hur graderar ni sårbarheten av de fyra komponenterna i PLUS i er verksamhet?



Resultatet från utvärderingen av KBÖ24 visar en liknande bild. Deltagarna uppmanades att bedöma sin egen regions kapacitetsökningsförmåga utifrån erfarenheter vid övningen. Den fråga som skattades lägst (på en femgradig skala, där ett motsvarar mycket dåligt och fem mycket bra) var regionens förmåga att identifiera strategier för att minimera personalbrist, med ett medelvärde på 3,6. Även iakttagelser som observatörer gjorde under övningen av såväl regionala som lokala särskilda sjukvårdsledningen, visar att strategier för att minimera personalbrist endast diskuterades i begränsad omfattning. Enstaka regioner diskuterade dock strategier för att motverka personalbrist, bland annat att låna in personal från primärvården.

Personal

Tillgång till personal

Enkätfrågorna om åtgärder för att stärka tillgången till personal inom hälso- och sjukvården fokuserade på möjligheterna att tillföra personal utifrån, jämfört med den tidigare enkäten som handlade om möjligheterna att använda befintlig personal, till exempel genom utökad arbetstid. Frågorna var även uppdelade för att kunna särskilja om val av åtgärder varierade mellan fredstida krissituationer och höjd beredskap och krig.

Knappt hälften av respondenterna svarade att de har planerat för möjligheten att kunna flytta personal till annat sjukhus inom regionen vid fredstida krissituationer (47 %). För höjd beredskap och krig var andelen något högre, 58 %. Ungefär samma frekvenser noterades vad gäller planer för att kalla in volontärer, vårdstuderande, inaktiv eller pensionerad legitimerade vårdpersonal som extra resurser vid fredstida krissituationer och höjd beredskap och krig.

Endast 26% av regionerna har planerat för att låna in personal från privata vårdgivare vid höjd beredskap och krig, motsvarande andel vid fredstida krissituationer är 16 %. Frågan avsåg privata vårdgivare som inte har avtal med regionen för den ordinarie vården.

Utbildning och kompetens

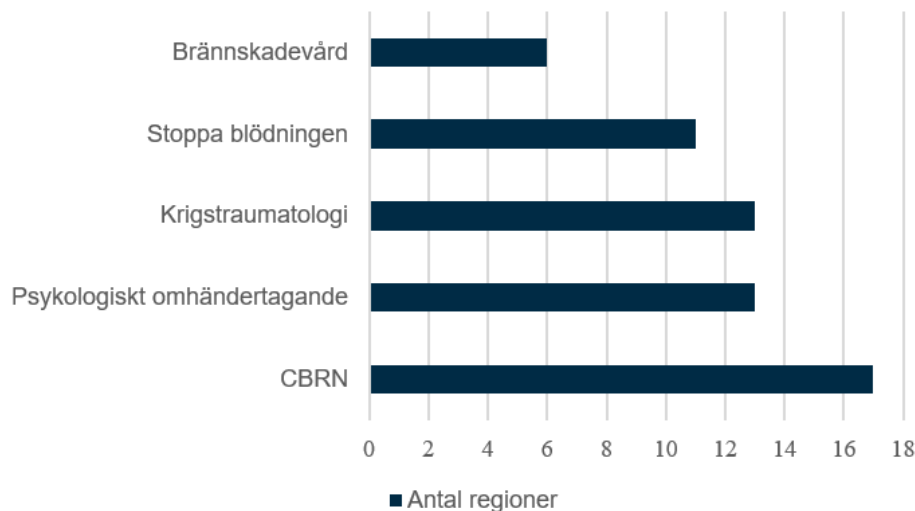
Erfarenheter hos regionerna från KBÖ24 uppmärksammade behovet av utbildningsinsatser för vårdpersonal inom området katastrofmedicin, traumavård och liknande (se figur 1). I den tidigare enkäten svarade drygt hälften av regionerna att de erbjudit utbildning till vårdpersonal i arbetsuppgifter som kan bli aktuella under en masskadehändelse. I den senare enkäten fick regionerna följdfrågan om de hade inventerat vilka kompetenser hos vårdpersonalen som skulle kunna behöva stärkas upp för

att kunna hantera en masskadehändelse.⁴ Hälften av regionerna svarade att de gjort en sådan inventering av personalen på samtliga eller vissa sjukhus i regionen.

Regionerna fick frågan om de erbjudit utbildning till vårdpersonal inom ett antal särskilt utpekade områden. Flest regioner svarade att de erbjudit utbildning om omhändertagande av drabbade vid en CBRN-händelse, följt av krigstraumatologi och psykologiskt omhändertagande (se figur 6).

Figur 6. Utbildningar som regionerna erbjudit vårdpersonalen

Har ni erbjudit utbildning till vårdpersonal i regionen inom något av följande områden?



Utvärderingen av KBÖ24 synliggör behov av att stärka kompetensen hos den personal som förväntas ingå i regional och lokal särskild sjukvårdsledning, bland annat efterfrågas utbildningsinsatser inom stabsmetodik och PLUS.

Lokaler

Lokaler identifierades av regionerna som en begränsande faktor för kapacitetsökningsförmågan näst efter personal. Regionerna uppmärksammade även vikten av att ta med beredskapsperspektivet vid om- och nybyggnationer av sjukhuslokaler.

Av svaren i enkäten framkommer att många regioner ännu inte påbörjat arbetet med att planera för att bedriva vård i alternativa lokaler. En högre andel av regionerna har däremot planerat för evakuering av patienter och personal för fortsatt vård i skyddade utrymmen, i händelse av angrepp mot sjukhusbyggnad.

⁴ I enkäten definieras masskadehändelse i storleksordningen 200 skadade på 2 timmar per akutsjukhus.

Utrustning

Tillgång till nödvändigt material och utrustning vid en masskadehändelse är en viktig del av regionernas beredskapsplanering. Regionerna fick besvara frågor om tillgången till förbrukningsmaterial, läkemedel och blodprodukter för att kunna hantera en masskadehändelse samt om tillgången kunde säkras med eller utan påverkan på den ordinarie vården.

64 % av regionerna svarade att det finns tillgång till förbrukningsmaterial inom regionen för att hantera en masskadehändelse, men med påverkan på den ordinarie vården. Knappt 70 % av regionerna svarade att det finns tillgång till läkemedel inom regionen för att hantera en masskadehändelse, men med påverkan på den ordinarie vården. 15 % av regionerna uppgav att tillgång till läkemedel finns vid samtliga sjukhus eller vissa sjukhus inom regionen utan påverkan på den ordinarie vården.

Drygt hälften svarade att det finns tillgång till blodprodukter inom regionen för att hantera en masskadehändelse, men med påverkan på den ordinarie vården. Resterande regioner svarade att de inte kunde bedöma tillgången på blodprodukter i dagsläget.

Regionerna fick även redogöra för om de hade tillgång till utrustning, inklusive personlig skyddsutrustning, för att kunna hantera kontaminerade personer som exponerats för kemikalier vid en oförutsedd händelse.⁵ Majoriteten av regionerna svarade att kapaciteten fanns vid samtliga eller vissa sjukhus i regionen (75 % respektive 15 %).

Resultat från utvärderingen av KBÖ24 visar att det finns ett behov av att öka förmågan att inventera tillgång till utrustning vid masskadehändelser, liksom att identifiera strategier för hur eventuella brister kan hanteras.

Styrning

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap [5] finns bestämmelser om att varje region ska ha en särskild sjukvårdsledning vid allvarliga händelser. Den särskilda sjukvårdsledningen har till uppgift att bland annat prioritera insatser och omdefiniera resurser och ska vara bemannad med hälso- och sjukvårdspersonal som har kompetens att göra medicinska prioriteringar och besluta om medicinska åtgärder. 35 % av regionerna svarade i enkäten att de har rutiner och förberedelser i den särskilda sjukvårdsledningen för medicinska prioriteringar och inriktningsbeslut vid en masskadehändelse, vid samtliga eller vissa sjukhus i regionen. 70 % av regionerna uppger att de har

⁵ Frågan utgick från att regionens förutsättningar att upprätthålla en fullt bemannad sameringsenhet under fem timmar. En saneringsenhet definierades som fem personer som kan arbeta i en timme innan avlösning, vilket innebär en åtgång på fem uppsättningar engångsdräkter (personlig skyddsutrustning, PPE) i timmen.

Regional förmåga till ökad vårdkapacitet i fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig

genomfört övningar med den särskilda sjukvårdsledningen av medicinska prioriteringar och inriktningsbeslut vid en masskadehändelse.

Det är viktigt att samverka mellan det prehospitla omhändertagandet vid skadeplats och mottagandet av skadade personer på sjukhus vid en masskadehändelse fungerar väl, bland annat avseende triagering av skadade. Närmare 90 % av regionerna svarade i enkäten att man har planerat för hur en sådan samverkan ska fungera vid en masskadehändelse. Trots detta uttrycktes ett behov av bättre samordning av prehospitla insatser i utvärderingen efter KBÖ24.

För övrigt visade utvärderingen av KBÖ24 liknande resultat som enkätundersökningen vad gäller behov av att arbeta mer med styrningskomponenten i PLUS. Bland annat lyfter utvärderingen förmågan att formulera tydliga beslut och kommunicera dessa till berörda vid masskadehändelser (inklusive medicinska inriktningsbeslut). Utveckling av rutiner och planer för den särskilda sjukvårdsledningen var också något som flera regioner lyfter som viktiga identifierade åtgärdsområden. T.ex. behöver förmågan att kommunicera mellan ledningsnivåer, framförallt mellan regionala och lokala särskilda sjukvårdsledningar, vid masskadehändelser stärkas utifrån utvärderingens resultat.

Regional samverkan med kommuner varierar över landet

Samverkan mellan den regionala och kommunala hälso- och sjukvården är väsentlig för förmågan till kapacitetsökning vid kris och krig. Ett sätt att öka vårdkapaciteten vid en masskadehändelse kan vara att skriva ut patienter från slutenvården till den kommunala hälso- och sjukvården. I den enkät som regionerna besvarade hösten 2024 framkom att de flesta regioner har etablerat samverkan med kommunerna om den kommunala hälso- och sjukvården, även om nivån av samverkan varierade.

I den uppföljande enkäten fick regionerna frågan om de ser något hinder att skriva ut patienter från slutenvården till den kommunala hälso- och sjukvården, för fortsatt vård och behandling. 68 % av regionerna svarade att det finns hinder för en sådan åtgärd. Exempel på särskilda utmaningar för sådan samverkan var enligt regionerna:

- Det kommunala självstyret, vilket innebär omfattande administration och processer för att enas om ett gemensamt beslut, särskilt i regioner med många kommuner.
- Lagstiftning avseende omfördelning av läkemedel, till exempel mellan sjukhus och primärvård.
- Begränsad medicinsk kompetens och kapacitet hos vårdpersonal inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Regional förmåga till ökad vårdkapacitet i fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig

- Tillgång och resurser av förbrukningsmaterial, läkemedel och diagnostisk utrustning inom den kommunala hälso- och sjukvården för att hantera ett förändrat och utökat vårdbehov vid en masskadehändelse.
- Hög belägningsgraden även inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Ett annat sätt att öka förmågan hos slutenvården vid en masskadehändelse kan vara att begränsa inflödet av patienter. Regionerna fick därför frågan om de etablerat en samverkan för att begränsa inflödet av patienter från den kommunala hälso- och sjukvården till slutenvården. Knappt 40 % av regionerna svarade att en sådan samverkan var planerad, men inte påbörjad. Drygt 30 % svarade att en sådan samverkan fanns etablerad med samtliga eller vissa av kommunerna i regionen.

Behovet av utbildning och kompetenshöjande åtgärder för vårdpersonal inom den kommunala hälso- och sjukvården har uppmärksamats frekvent. Knappt 40 % av regionerna uppgav att de har haft dialog med kommunerna om att erbjuda utbildning om PLUS till personal inom den kommunala hälso- och sjukvården.

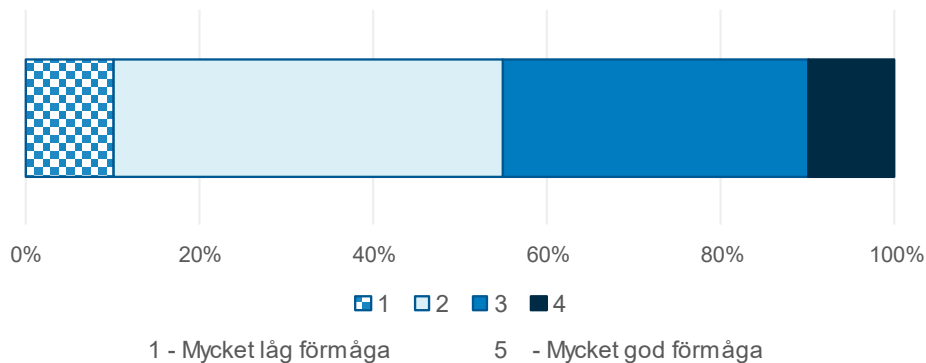
Regionerna är positiva till utvecklingen av kapacitetsökningsförmågan framåt

Regionerna ombads i enkäten att besvara frågan hur de bedömde sin kapacitetsökningsförmåga att hantera patienter vid en masskadehändelse.⁶ Svaret skulle graderades 1–5, där fem representerade en mycket god förmåga. Resultatet av svaren blev ett medelvärde på 2,45. Det innebär att 45 % av regionerna bedömde sin kapacitetsökningsförmåga vid en masskadehändelse på en medelnivå eller högre (se fördelning av svar i figur 7). Det stämmer väl överens med resultatet av svaret på en liknande fråga i den tidigare enkäten som regionerna besvarade under hösten 2024 [6].

⁶ I enkäten definieras masskadehändelse i storleksordningen 200 skadade på 2 timmar per akutsjukhus.

Figur 7. Regionernas självskattade förmåga att hantera en masskadehändelse

Hur bedömer ni förmågan inom er region att hantera patienter vid en masskadehändelse (i storleksordningen 200 skadade på två timmar per akutsjukhus)?



Majoriteten av regionerna (70 %) gjorde bedömningen att kapacitetsökningsförmågan för att hantera en masskadehändelse inom regionen kommer att finnas inom tre år, för såväl akut omhändertagande som omhändertagande av effekterna över tid. 15 % av regionerna svarar att den förmågan finns i regionen redan idag.

Regionerna pekade ut följande områden som begränsande för deras förmåga att arbeta med kapacitetsökning:

- Begränsade resurser, tid och personal i vardagen för att hinna arbeta med frågan.
- Sjukvården har redan överbeläggning och sparkrav i vardagen, vilket gör det mycket svårt att öka kapaciteten ytterligare vid kris och krig.
- Begränsade ekonomiska förutsättningar, vilket ställer krav på medel för robusthetshöjande åtgärder.
- Avsaknad av metodstöd för att ta fram riktlinjer kring prioriteringar, ransoneringar av vård och behandling (medicinska inriktningsbeslut).
- Begränsad tillgång till lokaler för vård, utbildning och förbrukningsmateriel.
- Geografiska utmaningar.

Regionerna fick i enkäten även ange om de ansåg sin förmåga att hantera patienter med en viss typ av skadepanorama begränsad vid en masskadehändelse. En övervägande majoritet av respondenterna uppgav att de såg begränsad förmåga att hantera patienter framförallt med brännskador, thorax- och neurologiska skador. Vissa regioner svarade att de hade förmåga att hantera patienter i behov av högspecialiserad vård, men att förmågan var koncentrerad till en plats i regionen. Regionerna uttryckte även behov av kunskapsstöd om högspecialiserad vård vid masskadehändelser och andra kriser.

Regional förmåga till ökad vårdkapacitet i fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig

Även i samband med KBÖ24 fick regionerna möjlighet att skatta den egna förmågan. Deltagarna fick efter att övningen avslutats göra en bedömning av hur den egna organisationen skulle klara av att hantera en faktisk händelse, liknande den som övades i KBÖ24. Deltagare från regional sjukvårdsledning skattade förmågan som god, med högsta värdet för förmågan att öka vårdplatskapaciteten (medelvärde 4,5 på en femgradig skala). Även deltagare från den lokala särskilda sjukvårdsledningen skattade förmågan hos den egna organisationen som god, med ett medelvärde på 4,4 för förmågan att öka vårdplatskapaciteten. Flera deltagare uppgav att förmågan att hantera det initiala skedet av händelsen är god, men att eventuella brister ligger i uthålligheten över tid om händelsen skulle bli långdragen.

Den regionala förmågan är under utveckling

Övergripande fynd från kartläggningen

Från svaren som regionerna lämnat i Socialstyrelsens enkätundersökning framgår att den regionala förmågan att hantera en masskadehändelse i dagsläget bedöms som begränsad. Den regionala förmågan kan dock kategoriseras som god utifrån utvärderingen från KBÖ24. Skillnaden i bedömning av förmåga skulle kunna förklaras med att den mer positiva förmågeskattningen efter KBÖ24 utgår från förmågan att hantera det initiala skedet av en masskadehändelse, men inte beskriver förmågan över tid om händelsen skulle bli utdragen. Värt att notera är även att förmågebedömningsenkäten som användes vid utvärderingen efter KBÖ24 besvarades av fler och delvis andra respondenter jämfört med svarande i Socialstyrelsens enkätundersökning.

Resultat från utvärderingen av KBÖ24 visar att regionerna lyckades öka sin förmåga under övningen, samtidigt som brister inom områden som strategier för att minimera personalbrist påtalades. Det kan dock konstateras att det pågår ett omfattande förmågehöjande arbete i regionerna, vilket reflekteras i deras relativt positiva prognoser vad gäller den framtida förmågan.

Gemensamt för regionerna är att arbetet med planering av sjuktransporter, hantering vid en CBRN-händelse och förbrukningsmaterial och läkemedel för att klara en masskadehändelse har kommit långt. Samtidigt finns behov av att stärka förmågan att koordinera sekundärtransporter, bland annat genom att tydliggöra roller och mandat.

När det gäller planeringen av kommande övningar och vilka områden i hälso- och sjukvården som ska inkluderas i övningsverksamheten pekar regionernas svar på ett tydligt fokus på det akuta omhändertagandet av patienter. Erfarenheter från kriget i Ukraina visar dock på ett ökat behov av psykologiskt stöd och omhändertagande, liksom för rehabilitering [7]. Därför bedömer Socialstyrelsen att det kan vara lämpligt att även inkludera dessa verksamhetsområden vid kommande övningar, och att öva mer långsiktiga scenarion som inte enbart fokuserar på den akuta traumavården.

En viktig förutsättning för hälso- och sjukvårdens förmåga att öka vårdkapaciteten är att gällande lagstiftning inte begränsar möjligheterna till förberedande beredskapsplanering och effektiva insatser vid en masskadehändelse. Det kan handla om möjligheter att i vissa fall tillåta undantag från gällande regelverk för att underlätta det initiala akuta arbetet,

till exempel regleringar av anställningar och legitimationer såväl nationella som internationella [8]. Även ändrade rutiner för journalhantering, dokumentation och testning kan behövas för att underlätta den initiala hanteringen [9]. För den mer långsiktiga beredskapsplaneringen behöver förutsättningarna inom lagstiftningen avseende krav på byggnader, utrustning och fysisk infrastruktur inom hälso- och sjukvården utredas.

I följande avsnitt lyfts ett antal områden som Socialstyrelsen särskilt vill belysa vad gäller regionernas kapacitetsökningsförmåga.

Personalförsörjning är en fortsatt utmaning för regionerna

Bristen på legitimerad vårdpersonal är fortsatt en utmaning. Att ha förmågan att attrahera, utveckla och behålla personal är en förutsättning för att säkerställa en robust hälso- och sjukvård. Kompetensutveckling är viktig för att kunna behålla personal [10]. Därför är det glädjande att se att många regioner uppmärksammat behovet av utbildning av personal, särskilt inom området katastrofmedicin, traumavård och liknande. Socialstyrelsen har under det senaste året haft i uppdrag att tillhandahålla utbildningar till hälso- och sjukvården inom krigstraumatologi och omhändertagande av drabbade vid CBRN-händelse [11]. Detta kan vara förklaringen till att dessa utbildningar är de mest frekvent angivna i regionernas enkätsvar.

Regionerna arbetar brett för att hitta lösningar när det gäller personalförsörjning. Satsningar på utbildning och kompetenshöjning av befintlig vårdpersonal, möjligheter att använda vårdstuderande eller pensionerad personal och samverkan med den kommunala hälso- och sjukvården är några exempel. Socialstyrelsen bedömer att detta arbete behöver fortgå och fördjupas. För att tillgodose personalbehovet vid en masskadehändelse behöver den existerande personalen nyttjas till fullo. Exempelvis kan personal flyttas från lägre prioriterade avdelningar till akutmottagning eller intensivvård. Sådana förflyttningar behöver vara en del av sjukhusets beredskapsplaner och relevant personal bör erbjudas kortare utbildningar för att bredda sin kompetens. Under en pågående masskadehändelse kan akuta personalbehov täckas upp med hjälp av 'just-in-time' utbildningar [12].

En annan viktig del av beredskapen inför masskadehändelser är att skriva avtal eller uppdrag med andra aktörer än det aktuella sjukhuset. Avtal med andra sjukvårdsinstanser eller vårdgivare i området kan användas för att säkra personal och material och på så vis öka vårdens kapacitet [9].

Svårigheter vad gäller prioritering och ransonering av vård

Prioritering och ransonering av vård är ett annat område där arbetet behöver förstärkas. Socialstyrelsen har tagit fram ett kunskapsstöd om vårdens prioritering vid kris och krig [1], men flera regioner uttrycker behov av tydligare riktlinjer kring prioriteringar och medicinska inriktningsbeslut, gärna med konkreta exempel på medicinska inriktningsbeslut. Det har framförts att kunskapsstödet ligger på en för abstrakt nivå för att vara användbart i den dagliga verksamheten och att det är svårt att omsätta till konkreta prioriteringar.

Regeringen har nyligen beslutat om en lagrådsremiss med förslag på ändringar i bland annat hälso- och sjukvårdslagen, HSL. Ett nytt begrepp föreslås införas i HSL, *vård nödvändig för liv och hälsa*, vilket är den vård som regioner och kommuner ska vara skyldiga att erbjuda vid vissa situationer då regionen/kommunen befinner sig i ett ansträngt läge och resurserna är begränsade. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att förbereda för dessa förändringar och kommer bland annat att ta fram föreskrifter med allmänna råd och kunskapsstöd [13]. Myndigheten bedömer att detta kommer att bidra till ökad tydlighet för regionerna vad gäller ransonering och prioritering av vård i kris och krig.

Behov av arbete med robusta sjukhusbyggnader och alternativa lokaler för vård

Socialstyrelsen har flera pågående uppdrag vad gäller hälso- och sjukvårdens lokaler, bland annat om sjukhusens säkerhet i kris och krig (SSIK) [14] och skyddade utrymmen avsedda för hälso-och sjukvård [15]. Trots detta pekar kartläggningen på att regionerna inte anser sig ha kommit särskilt långt i arbetet med säkra lokaler för vård i kris och krig. Socialstyrelsen kan konstatera att aktiviteterna inom de nämnda uppdragen hittills främst fokuserat på kartläggningar och nulägesanalys. Det är först under 2024 som medel fördelats till faktiska åtgärder för att höja driftsäkerheten i hälso- och sjukvårdens lokaler. På samma sätt är det endast ett begränsat antal regioner som deltagit i den pilot med faktiska åtgärder som genomförts inom ramen för uppdraget kring skyddade utrymmen, något som kan förklara regionernas svar på enkäten.

Utöver att säkra sjukhusbyggnader och iordningställa skyddade utrymmen för vård kan det finnas anledning att utforska alternativa lokaler för användning vid kris och krig. Erfarenheter från andra länder visar att alternativa lokaler som skolor, veterinärkliniker, tandläkarmottagningar och

Regional förmåga till ökad vårdkapacitet i fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig

idrottslokaler kan ingå i beredskapsplaneringen och nyttjas vid en masskadehändelse [16]. En svensk studie från 2020 visade på ett stort intresse från olika aktörer att hjälpa till vid en masskadehändelse. Flera uppgav att de hade kapacitet och kompetens att ta emot patienter med enklare skador, eller bidra med mat, vatten och psykosocialt stödjande insatser [16].

Många åtgärder har tagits inom CBRN-området

Kartläggningen visar att regionerna har kommit långt med arbetet vad gäller hantering av CBRN-händelser, avseende såväl utrustning och kompetens hos personalen. Det kan i sammanhanget vara värt att lyfta att Socialstyrelsen nyligen haft regeringsuppdrag som involverat regionerna inom just dessa områden, vilket kan ha bidragit till ett ökat intresse och fokus på området. Bland annat har myndigheten erbjudit utbildningar inom CBRN-området, samt lämnat rekommendationer om vilken utrustning som bör användas vid olika CBRN-händelser [17]. Inom CBRN-området finns också väletablerade expertnätverk som möjliggör spridning av kunskap och goda exempel mellan regionerna.

Svårt att säkerställa tillgången till blod

Av kartläggningen framgår att drygt hälften av regionerna bedömer att de har tillgång till blodprodukter för att hantera en masskadehändelse, dock med påverkan på den ordinarie vården. Resterande regioner har svårt att bedöma tillgången till blodprodukter. Socialstyrelsen har i tidigare rapporter uppmärksammat att den decentraliserade svenska blodverksamheten gör att tillgången på blod och blodkomponenter varierar och är ojämnt fördelad över landet. Därför har förslag lämnats om att skapa en nationell, fristående och ändamålsenlig blodverksamhet som försörjer hälso- och sjukvården med blod och blodkomponenter [18]. Regionerna har i dagsläget inget uppdrag att lagra mer blod än vad man bedömer att man själv behöver. En centralisering av blodverksamheterna skulle kunna medföra att det svenska blodlagret blir mer motståndskraftigt mot störningar för att säkerställa en adekvat tillgång, både i normalläge och vid en kris eller ytterst krig.

Prognos framåt

Socialstyrelsen instämmer i regionernas bedömning att den regionala kapacitetsökningsförmågan kommer att förbättras framöver. Utvecklingsarbete pågår inom de flesta av de områden som regionerna i

Regional förmåga till ökad vårdkapacitet i fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig

dagsläget lyfter som utmanande och viljan och intresset att dela erfarenheter och kunskap är stort. Dock är både den nuvarande och den framtida förmågan mycket svårbedömd.

Tillgång till personal är den mest sårbara komponenten för att kunna öka vårdkapaciteten. Socialstyrelsen tar årligen fram underlag för att analysera tillgången och efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal, genom det nationella planeringsstödet [19]. Det nationella planeringsstödet riktar sig till olika aktörer på nationell, regional och lokal nivå. Hälso- och sjukvården är ett komplext system med många aktörer och påverkas av flera faktorer både inom och utanför systemet. Socialstyrelsen ser ett behov av att personalförsörjning vid kris och krig kopplas till det nationella planeringsstödet för att kunna beräkna prognoser för kapacitetsökning vid kris och krig framöver. Förhoppningen är att hälso- och sjukvårdens personalplanering ska kunna bli mindre reaktiv och mer proaktiv och strategiskt anpassad efter verksamheternas specifika behov, till exempel förändrade vårdbehov och skadepanorama vid krig.

Socialstyrelsens pågående arbete med nyckeltal och dimensionerande målbilder förväntas att ge regionerna ett tydligare stöd att genom beräkningsmodeller av skadepanorama kunna planera sin förmåga att hantera olika skadefall vid höjd beredskap och krig. Vidare har Socialstyrelsen nyligen påbörjat arbetet med att undersöka förutsättningar för att införa civilplikt inom hälso- och sjukvården som en åtgärd för att öka tillgången till personal [20]. Myndigheten bedömer att ett införande av civilplikt inom hälso- och sjukvården kommer att bli en viktig åtgärd för att stärka tillgången till vårdpersonal vid höjd beredskap och krig.

Arbete pågår också för att implementera det förslag på ett nationellt system för prehospitalt masskadetriage som testades för första gången vid KBÖ24. Planen är att under resterande delar av 2025 implementera systemet nationellt i samtliga regioner.

Slutligen ser Socialstyrelsen en positiv utveckling av regional samverkan med kommunerna om den kommunala hälso- och sjukvården. Samtidigt behöver den kommunala hälso- och sjukvården stärkas genom bland annat sjukvårdsutrustning och utbildningsinsatser av vårdpersonal, för att effektivt kunna bidra till att upprätthålla en robust hälso- och sjukvård, såväl akut som över tid. Socialstyrelsen har ett pågående uppdrag att bland annat ta fram en planeringsinriktning för socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård under kris och krig med gemensamma målbilder, grundantaganden och utgångspunkter. Socialstyrelsen ska också utveckla indikatorer och ta fram nationella utbildningsinsatser anpassade för socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården [21].

Stöd till regionernas arbete med kapacitetsökningsförmåga

Mätbara mål och mått för kapacitetsökningsförmåga vid masskadehändelser

Inom ramen för Socialstyrelsens uppdrag med nyckeltalsberäkningar och dimensionerande målbilder [4] stöttar myndigheten regionerna i arbetet med att ta fram dimensionerande mål vad gäller kapacitetsökningsförmåga vid höjd beredskap och krig. Dessa mål kommer att se olika ut mellan olika regioner och bör inte heller kommuniceras öppet, troligtvis inte ens brett inom de egna verksamheterna. Det finns därför behov av en annan typ av mål, som på ett enkelt sätt kan mätas och kommuniceras och som kan utgöra utgångspunkt för utbildningar och övningar.

Som utgångspunkt för frågeställningarna i enkäterna, har Socialstyrelsen utgått från ett scenario med en masskadehändelse med **200 skadade som ska omhändertas inom två timmar per akutsjukhus**. Regionerna har varit positiva till detta upplägg och uppskattat att få en tydlig målbild att bedöma sin förmåga utifrån. Socialstyrelsen anser att det är en målbild som bör kunna användas även framåt för att mäta och följa upp förmåga. Myndigheten bedömer inte att det finns behov av ytterligare arbete med individuella mål för de olika regionerna, samtliga regioner bör kunna använda samma mål i sitt planerings- och övningsarbete.

Parallellt pågår inom ramen för Socialstyrelsens arbete med SSIK-programmet (Sjukvårdens säkerhet i kris och krig) [14] en utveckling av konceptet *basenheter*. Basenheter var ett begrepp som användes under utvecklingen av hälso- och sjukvårdens beredskap på 1970–80-talen. Basenheter användes som ett mått på kapacitet, där varje sjukhus skulle rymma ett visst antal basenheter. Socialstyrelsen har nu påbörjat en förnyad konceptutveckling av begreppet. Syftet är att ta fram en beskrivning av en basenhetsförmåga som ska innehålla vårdformer, kapacitet och kvalitet. På så vis skulle basenhetsförmåga kunna användas som ett mått på den regionala förmågan till kapacitetsökning. Det skulle även kunna bidra till nationell och regional enhetlighet och jämförbarhet, liksom utgöra ett stöd för planering, hantering och utvärdering av sjukvårdens förmåga vid fredstida kriser, höjd beredskap och krig.

Fördelningsnycklar

I Socialstyrelsens rapport *Stärkt nationell och regional förmåga vid masskadehändelser* [3] rekommenderar myndigheten att regionerna tar fram fördelningsnycklar eller liknande planering för att möjliggöra en snabb initial fördelning av skadade patienter till sjukhus vid en masskadehändelse.

De flesta (70 %) regionerna uppger i den genomförda kartläggningen att de har tagit fram fördelningsnycklar inom sin region. Utav dessa har drygt en tredjedel anpassat fördelningsnycklarna för att vid en masskadehändelse⁷ möjliggöra en snabb initial fördelningen av skadade till sjukhus inom regionen. En fjärdedel av regionerna har tagit fram fördelningsnycklar i samverkan med andra regioner och en tredjedel planerar att göra det under 2025. Ett fåtal av regioner har anpassat fördelningsnycklarna för att möjliggöra en fördelning av skadade till sjukhus i närliggande region.

De flesta regioner önskar vägledning från Socialstyrelsen eller erfarenhetsutbyte med andra regioner i sitt arbete med att ta fram fördelningsnycklar. Socialstyrelsens kunskapsseminarium om kapacitetsökningsförmåga innehöll därför en workshop-del där behovet av och formen för fördelningsnycklar diskuterades. Den gemensamma uppfattningen är att arbetet är komplext och behöver utgå från ett systemperspektiv, med bland annat koppling till sjuktransporter.

Regionerna var överens om att fasta fördelningsnycklar kan användas som en del av förmågeplaneringen, för att snabbt transportera patienter från skadeplatsen och för att sjukhusen ska veta hur många patienter de förväntas ta emot. Fördelningsnyckeln behöver även innehålla vilken typ av patienter som sjukhusen har förmåga att ta emot. Däremot förändras förutsättningarna över tid beroende av aktuell händelse, resurser och prioriteringar. Därför är det inte alltid funktionellt eller tillämpligt att arbeta med fördelningsnycklar. Det gäller till exempel för regioner med stora geografiska avstånd mellan sjukhusen. Där tar det flera timmar att förflytta patienter till sjukhus, istället för att ta hand om det akuta skadeutfallet på plats. Därför kan det vara mer lämpligt att resurserna (material, utrustning och personal) transporteras till skadeplatsen, än att flytta patienterna.

Begreppet fördelningsnyckel vid ett dynamiskt förlopp kan behöva modifieras för att bättre beskriva att det snarare handlar om anpassningar efter aktuell lägesbild och tillgänglig kapacitet för att kunna påbörja den initiala hanteringen snabbt. Ett förslag som presenterades vid seminariet var att det kan ses som en fördelningsstrategi för att ange maxantalet patienter per sjukhus under en tidsperiod, till exempel per timme. På så vis kan man undvika att maxkapaciteten per sjukhus överskrids.

⁷ I enkäten definieras masskadehändelse i storleksordningen 200 skadade på 2 timmar per akutsjukhus.

Regional förmåga till ökad vårdkapacitet i fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig

Samverkan mellan regioner vid fördelning av patienter är viktigt, bland annat för regioner med stora geografiskt avstånd mellan sjukhusen. Där kan man behöva ta hjälp från regioner nära skadeplatsen även om man har kapaciteten i sin egen region, annars riskerar traumapatienter att avlida under transporten. Inom vissa sjukvårdsregioner finns fördelningsnycklar för sekundärtransporter vilket bedömdes som användbart. Gemensamt för regionerna var åsikten att planering och resurssättning av samt beskrivning av flöden för sekundärtransporter var viktigt.

Nationella fördelningsnycklar kan bli aktuellt om en enskild region eller närliggande regioner inte kan ta emot patienterna, medan andra regioner har kapacitet. Detta gäller också vid situationer med massevakivering av patienter inom landet eller från allierade inom Nato. Då kommer det att behövas en nationell inriktning och fördelning av patienter och skadade. Geografiskt isolerade regioner är beroende av att det finns fördelningsnycklar på nationell nivå. Resultat från utvärderingen av KBÖ24 visar på behov att utveckla tillvägagångssättet för hur fördelningsnycklar över regiongränser skapas och kommuniceras vid nationella masskadehändelser.

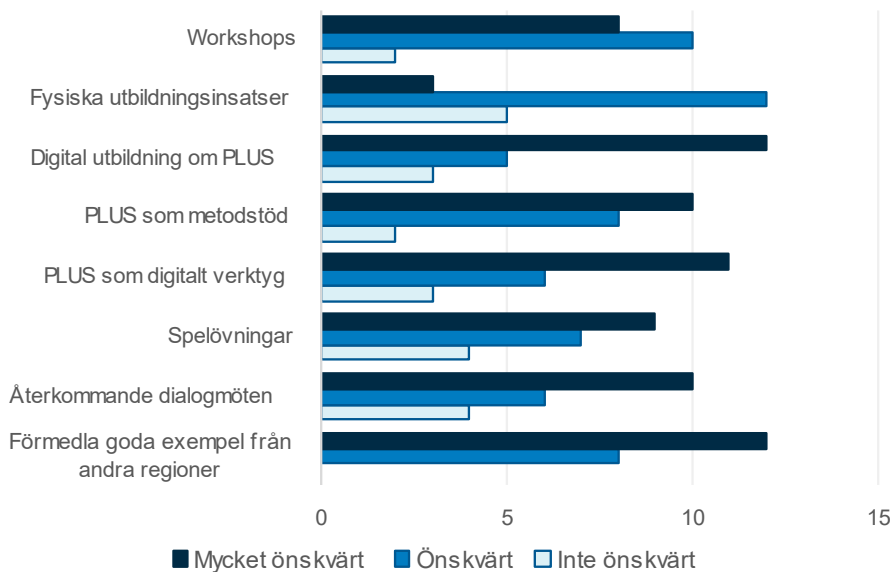
Det behöver också bli tydligt vem som har ansvar och mandat att samordna sjuktransporter mellan regioner. Arbetet behöver ge vägledning om hur man löser utmaningar som när medicinteknisk utrustning och andra förhållanden i transporten, skiljer sig åt mellan regionerna. Det behöver även finnas rutiner för hur patienter som förflyttas ska spåras och registreras, liksom för kommunikation och informationsdelning till anhöriga [9].

Åtgärdsplaner för kapacitetsökningsförmåga vid kris och krig

Socialstyrelsen har utifrån regionernas svar på den tidigare enkäten och förslag i rapporten *Stärkt nationell och regional förmåga vid masskadehändelser* [3] identifierat åtta förslag på möjliga kunskapshöjande aktiviteter, verktyg och stödmaterial till regionerna. Regionerna ombads i den andra enkäten att gradera vilka av dessa insatser som var mest efterfrågade (se figur 8). Erfarenhetsutbyte med andra regioner och digitala PLUS-utbildningar var det som efterfrågades mest. Därefter workshop och PLUS som digitalt verktyg.

Figur 8. Regionernas önskemål om stöd i arbetet med kapacitetsökningsförmåga

Vilken typ av stöd skulle ni önska att regionen fick av Socialstyrelsen vad gäller arbete med kapacitetsökningsförmåga?



I enkäten hade regionerna även möjlighet att lämna egna förslag och önskemål på stöd till arbetet med kapacitetsökning vid kris och krig, något som Socialstyrelsen tar med sig i det fortsatta arbetet. Nedan följer några av förslagen:

- Plan för nationella transportresurser.
- Utveckla PLUS-konceptet även för den kommunala hälso- och sjukvården för att underlätta samverkan.
- Tydligare nationella riktlinjer och målbildsbeskrivningar om antal skadade som ett typsjukhus (universitetssjukhus, länsdelssjukhus, mindre sjukhus) förväntas kunna ta emot vid en masskadehändelse.
- Likriktning om prioritering av vård, ransonering mm.
- Nationella övningar.
- Att Socialstyrelsen tar initiativ till samverkan med andra myndigheter, bland annat Läke-medelsverket, Arbetsmiljöverket, Inspektionen för vård och omsorg och Integritetsskyddsmyndigheten, för att identifiera eventuella konflikter i författningar som kan försvåra för huvudmän inom hälso- och sjukvården att skapa förutsättningar för kapacitetsökning inom vården.

Behovet av att vidareutveckla PLUS-konceptet för att verktyget ska bli mer användbart under pågående händelser framkom även vid utvärderingen av KBÖ24, liksom behov av fler utbildningsinsatser om PLUS. I samband med utvärderingen av KBÖ24 presenterades ytterligare åtgärdsförslag, bland annat:

Regional förmåga till ökad vårdkapacitet i fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig

- Utveckla utbildning och övning för beslutsfattare, medicinskt ansvariga och stabschefer.
- Skapa exempel på inriktningsbeslut och medicinska inriktningsbeslut med gemensam nomenklatur.
- En funktion med ansvar för nationell transportkoordinering i syfte att öka förmågan att koordinera sekundärtransporter.
- Utveckla tillvägagångssätt för hur fördelningsnycklar över regiongränser skapas och kommuniceras.

Synpunkter från regionerna vid Kunskapsseminarium

Med utgångspunkt i regionernas önskemål valde Socialstyrelsen att arrangera ett kunskapsseminarium i maj 2025 för erfarenhets- och kunskapsutbyte mellan regionerna.

Vid seminariet uppmärksammade regionerna behovet av översyn av gällande lagstiftning för att kunna genomföra planering och åtgärder för att öka sin förmåga. Till exempel lyftes att kommuner och regioner inte är behovsmyndigheter enligt gällande förfogandelagstiftning [22]. Enligt regionerna går det inte att planera fullt ut när kommuner och regioners saknar möjlighet att göra fredstida uttag. Det begränsar bland annat förutsättningarna att säkra lokaler för hälso- och sjukvården.

Regionerna önskade möjligheter att ta del av erfarenheter, lärdomar och upplägg från övningar som andra regioner arrangerat. Man föreslog att Socialstyrelsen skulle kunna vara samordnande för en sådan funktion och dela erfarenheterna till samtliga regioner. Regionerna diskuterade även behovet av riktlinjer från Socialstyrelsen avseende medicinska inriktningsbeslut för att göra korrekta prioriteringar. Det skulle kunna minska oron för att få kritik i efterhand. Man lyfte att det ofta är svårt att fatta medicinska inriktningsbeslut och att besluten behöver vara evidensbaserade och bygga på medicinsk kunskap. Vid seminariet presenterade en region ett förslag till prioriteringsgrupper av patienter som även är tillämbart över tid.

Vid seminariet presenterade Socialstyrelsen rapporten om *Sjuktransporter i Sverige vid kris och krig* [23]. Regionerna betonade vikten av att fortsätta arbetet med sjukvårdstransporter, framförallt sekundärtransporter. Man tog även upp behov av nationellt ambulansflyg. Regionerna uppskattade den tydliga uppdelningen av vad som är regionalt respektive nationellt ansvar i rapporten om sjukvårdstransporter. Man önskade motsvarande klargörande för andra områden, för att tydliggöra vad som är regionernas ansvar och skyldighet kontra Socialstyrelsens ansvar.

Regional förmåga till ökad vårdkapacitet i fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig

Sammanfattningsvis önskade regionerna en ökad tydlighet med konkreta mål och inriktningar från nationellt håll, för sitt fortsatta arbete med kapacitetsökningsförmåga. Kunskapsstöd som beskriver bland annat vilka aktörer som ska göra vad, hur prioriteringar av vård ska genomföras, vikten av att ha ett långsiktigt perspektiv på sin kapacitetsökningsförmåga och hälso- och sjukvårdens ansvar i förhållande till Natos krav, efterfrågas. Regionerna lyfte även tillsyn som en möjlig väg att följa upp utvecklingen av förmågan.

KBÖ24 som lärande övning

Som ytterligare stöd i utvecklingen av regionernas kapacitetsökningsförmåga genomfördes inom ramen för KBÖ24 en serie digitala, kunskapshöjande föreläsningar. Målgruppen för föreläsningarna var främst personal som skulle delta i beredskapsövningen, men de var öppna även för annan beredskaps- och sjukvårdspersonal i regionerna. Föreläsningarna fokuserade på strukturer och arbetsmetoder för att hantera masskadehändelser i Sverige och omfattade bland annat masskadelarm, nationellt masskadetriage och kapacitetsökningsförmåga enligt PLUS-konceptet. Föreläsningarna sändes live men spelades även in för att vara tillgängliga digitalt för repetition och kunskapsspridning. Koncepten för nationellt masskadelarm och nationellt system för masskadetriage har tagits fram av Socialstyrelsen inom ramen för tidigare regeringsuppdrag. Myndigheten ser ett stort mervärde av att på det här sättet kombinera utbildning och övning av nya koncept på nationell nivå.

Statsbidrag

Som en del i uppdraget skulle Socialstyrelsen fördela statsbidrag till regionerna för att arbeta med att utveckla förmågan att öka vårdkapaciteten i fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig. Statsbidragen fördelades efter rekvisition och omfattade totalt 10 500 000 kronor. Varje region kunde rekvirera upp till 500 000 kronor enligt fördelningsnyckeln. Slutdatum för att rekvirera statsbidraget var den 25 november 2024.

Alla regioner förutom en har rekvirerat medel för sitt arbete med kapacitetsökningsförmåga i vården i händelse av kris och krig. Av dessa har en region valt att rekvirera ett lägre belopp, övriga regioner har rekvirerat 500 000 kronor vardera. Totalt har 9 800 000 kronor fördelats till regionerna.

Behov av fortsatta insatser

Sammanfattningsvis finns det behov av fortsatt arbete för att stödja regionernas förmåga att öka vårdkapaciteten i fredstida krissituationer, höjd beredskap och krig. Regionerna uppger att PLUS-konceptet är ett bra verktyg för att hjälpa verksamheterna att bedöma sin kapacitet, men att PLUS behöver utvecklas vidare för att bli ett effektivt och tydligt verktyg och även kunna användas för att jämföra förmågan mellan olika verksamheter och regioner.

Flera regioner har på egen hand vidareutvecklat PLUS-konceptet, bland annat som utvärderingsverktyg vid övningsverksamhet, rapportverktyg, digital utbildning och vid workshoppar. Många har också delat sina erfarenheter och utbildningsmaterial om PLUS med den kommunala hälso- och sjukvården. Det finns även planer på att implementera PLUS-konceptet i den ordinarie verksamheten, för att konceptet ska bli en bekant metod och arbetssätt för personalen. Det skulle till exempel kunna användas i vardagen för att hantera frånvaro av personal.

Socialstyrelsen bedömer att följande insatser bör prioriteras framöver:

- Utbildningsinsatser kopplat till PLUS-konceptet.
- Vidareutveckling av PLUS som ett digitalt verktyg med interaktiva mallar och formulär, både som planeringsverktyg och för praktisk tillämpning vid pågående händelser. Verktöget ska även kunna användas av den kommunala hälso- och sjukvården, vilket kan bidra till en effektivare samverkan med regionerna.
- Underlätta erfarenhetsutbyte mellan regioner, till exempel genom workshops, seminarier eller nätverksmöten inom definierade fokusområden såsom personalförsörjning, sjuktransporter eller fördelningsnycklar.
- Utredning för att identifiera och vid behov åtgärda lagstiftning som begränsar regionernas och kommunernas förmåga att planera och vidta åtgärder för att öka vårdkapaciteten vid kris och krig.
- Övningar av kapacitetsökningsförmåga med fokus på uthållighet över tid, gärna inkluderande fler verksamhetsområden än akutsjukvård.
- Stöd vad gäller prioritering och ransonering av vård, inklusive medicinska inriktningsbeslut. Socialstyrelsen bedömer att de ändringar i hälso- och sjukvårdslagen som nyligen föreslagits och därtill kopplat uppdrag till myndigheten i viss mån kommer att adressera behovet [13].
- Planering för koordinering av sekundärtransporter, bland annat genom att belysa flöden, roller och mandat.
- Klargörande kring fördelningsnycklar över regiongränser. När kan de bli aktuella och hur skapas, samordnas och kommuniceras dessa vid masskadehändelser?

Referenser

1. Vårdens prioriteringar i krig och fredstida katastrofer. Kunskapsstöd för hälso- och sjukvårdens beredskap. Socialstyrelsen; 2022.
2. Hälso- och sjukvårdens kapacitetsökningsförmåga. Nationellt kunskapsstöd. Socialstyrelsen; 2023.
3. Stärkt nationell och regional förmåga vid masskadehändelser till en nationell masskadeplan. Redovisning av regeringsuppdrag. Socialstyrelsen; 2024.
4. Nyckeltal och dimensionerade målbilder för hälso- och sjukvårdens planering för civilt försvar. Redovisning av regeringsuppdrag. Socialstyrelsen; 2023.
5. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.
6. Preliminär analys av regionernas kapacitetsökningsförmåga i fredstida kris och krig. Delredovisning av regeringsuppdrag, Socialstyrelsen; 2024.
7. Effekter på civilbefolkning och hälso- och sjukvårdssystemet i Ukraina till följd av Rysslands invasion. Katastrofmedicinskt centrum. Göteborgs universitet; 2023.
8. Rosenbäck, R. Capacity management in Swedish hospitals during the Covid-19 pandemic. Doktorsavhandling. Högskolan Väst; 2024.
9. Mass casualty management systems: strategies and guidelines for building health sector capacity. World Health Organization; 2007.
10. Förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Nationella vårdkompetensrådet. Socialstyrelsen; 2024.
11. Uppdrag att tillhandahålla vissa utbildningar och kompetenshöjande insatser som stärker beredskapen inom hälso- och sjukvården. Regeringsbeslut S2024/01006 (delvis).
12. Hasan, Md.K. et al (2023). Hospital surge capacity preparedness in disasters and emergencies: a systematic review, Public Health 225, 12-21.
13. Uppdrag till Socialstyrelsen att förbereda arbetet med att genomföra förslagen i lagrådsremissen Hälso- och sjukvårdens beredskap. Regeringsbeslut S2025/00866 (delvis).
14. Uppdrag att förbereda för förvaltning av investeringsprogrammet Sjukvårdens säkerhet i kris och krig. Regeringsbeslut S2021/07152, S2022/04258 (delvis).
15. Uppdrag att fördela, betala ut och följa upp medel till regioner för arbete med skyddade utrymmen avsedda för hälso- och sjukvård. Regeringsbeslut S2024/00853.

Regional förmåga till ökad vårdkapacitet i fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig

16. Glantz V, Phattharapornjaroen P, Carlström E, Khorram-Manesh A. Regional Flexible Surge Capacity—A Flexible Response System. Sustainability. 2020; 12(15):5984.
17. Uppdrag att skyndsamt stärka hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera händelser med vissa farliga ämnen. Redovisning av regeringsuppdrag. Socialstyrelsen; 2024.
18. En stärkt blodverksamhet. Redovisning av regeringsuppdrag. Socialstyrelsen; 2024.
19. Nationella planeringsstödet 2024 och 2025. Socialstyrelsen.
20. Uppdrag till Socialstyrelsen att genomföra de förberedande åtgärder som behövs för att kunna använda civilplikt inom hälso- och sjukvården samt att bedöma behovet av och förutsättningarna för civilplikt inom tandvården. Regeringsbeslut S2025/00527.
21. Uppdrag till Socialstyrelsen att stödja socialtjänstens och den kommunala hälso- och sjukvårdens arbete med krisberedskap och civilt försvar. Regeringsbeslut S2024/00853.
22. Förfogandelag (SFS1978:262)
23. Sjuktransporter i Sverige vid kris och krig. Redovisning av regeringsuppdrag. Socialstyrelsen; 2025.

Bilaga 1 Enkät till regionerna

Uppföljande enkät om hälso- och sjukvårdens kapacitetsökningsförmåga

Under november 2024 genomförde Socialstyrelsen en katastrofmedicinsk beredskapsövning tillsammans med samtliga regioner, KBÖ24. Ett av momenten som övades var regionernas förmåga att på kort tid öka sin vårdkapacitet. Inför KBÖ24 skickade Socialstyrelsen ut enkätfrågor om regionernas kapacitetsökningsförmåga och hur regionerna arbetat med konceptet PLUS (*Personal, Lokaler, Utrustning, Styrning*).

Enkätsvaren gav värdefull kunskap om hur regionerna bedömer sin kapacitetsökningsförmåga som ingångsvärden till myndighetens fortsatta stödjande arbete. Socialstyrelsen önskar nu vidareutveckla lägesbilden av regionernas kapacitetsökningsförmåga med uppföljande frågor. Frågorna i enkäten har tagits fram i samverkan med en referensgrupp med representanter från sex regioner. Inför utskick av enkäten har Socialstyrelsen även haft samråd med Sveriges kommuner och regioner (SKR). Vid samrådet nåddes inte enighet, bland annat fanns skilda uppfattningar om val av metod för datainsamling. Svaren på frågorna i enkäten kommer att vara ett viktigt bidrag i Socialstyrelsens arbete med regeringsuppdraget om ”att analysera, utveckla och stödja regionernas förmåga att öka vårdkapaciteten i fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig”.

Regeringsuppdraget ska slutredovisas den 2 juni 2025. Vi vill uppmärksamma er på att vissa av frågorna och svarsalternativen är uppdelade i fredstid krissituationer respektive höjd beredskap och krig, eftersom regeringsuppdraget omfattar bägge situationerna.

Socialstyrelsen är mycket tacksamma om er region har möjlighet att besvara nedanstående enkätfrågor och önskar ert svar senast den 10 april 2025.

Socialstyrelsen har gjort en initial bedömning att frågor och efterföljande svar kan omfattas av sekretessupp till OSL 18:13.

Vilken region representerar du?

Vilken är din funktion/befattning inom regionen?

Beredskapschef eller motsvarande

Beredskapsöverläkare

Beredskapssamordnare/handläggare

Beredskapsstrateg

Annat

Regional förmåga till ökad vårdkapacitet i fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig

Har KBÖ24 påverkat arbetet med kapacitetsökningsförmåga i er region? På vilket sätt, i så fall?

Flera svarsalternativ möjliga

Bidragit till ökat fokus på beredskapsfrågor inom regionen.

Uppmärksammat behovet av utbildning av vårdpersonal om PLUS-konceptet.

Uppmärksammat behovet av resurser/tillgång till och samordning av sjuktransporter.

Bidragit till planering av övningar av kapacitetsökningsförmåga inom regionen.

Uppmärksammat behov av utbildningsinsatser för personal inom området katastrofmedicin, traumavård och liknande.

Bidragit till utbildningsinsatser för vårdpersonal inom området katastrofmedicin, traumavård och liknande.

Bidragit till att inventera möjligheterna till omfördelning av vård till privata vårdgivare.

Uppmärksammat behov av att planera för eller uppdatera avtal om sjukhusets ansvar vid höjd beredskap och krig.

Inget av alternativen.

Annat. Fritext

Identifierade ni några utvecklingsområden eller behov av förbättringar av kapacitetsökningsförmågan i er region i samband med KBÖ24?

Ja

Om ja, i så fall vilka?

Nej

Har ni planerat att genomföra egna övningar av kapacitetsökningsförmågan inom er region?

Ja, under 2025.

Ja, inom 1-3 år.

Nej, vi har inte planerat egna övningar de närmaste åren.

Om svar ja på frågan ovan, har ni planerat att inkludera någon av följande verksamheter vid en sådan övning?

Regional förmåga till ökad vårdkapacitet i fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig

Flera svarsalternativ möjliga

Sjuktransporter

Akutsjukvård/akutmottagning

Operationsverksamhet

Postoperativ vårdavdelning

Intensivvård (IVA)

Medicinsk intensivvård (MIVA)

Intermediärvård

Intertransport (patientförflyttningar inom sjukhuset)

Sterilteknik

Laboratoriediagnostik

Röntgen

Medicinklinik

Sjukhusapotek

Blodverksamhet

Rehabilitering

Psykologiskt omhändertagande (akut och subakut)

Primärvård (vårdcentraler/hälsocentraler)

Kommunal hälso- och sjukvård

Nej, ingen av ovanstående verksamheter

Annat Fritext

Hur bedömer ni förmågan (kapacitetsökningsförmågan) inom er region att hantera patienter vid en masskadehändelse (i storleksordningen 200 skadade på 2 timmar per akutsjukhus)?

Gradera från 1 - 5 där 5 representerar mycket god förmåga

Bedömer ni att er förmåga att hantera patienter med viss typ av skadepanorama är begränsad inom er region vid en masskadehändelse?

Exempel kan vara patienter med brännskada (fullhudskada/tredje graden), skullskada eller thoraxskada.

Regional förmåga till ökad vårdkapacitet i fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig

Ja

Ge gärna exempel på patientkategori *Fritext*

Nej

Hur bedömer ni prognosen av utvecklingen av kapacitetsökningsförmågan inom vården i er region?

Kunskap och förmåga finns redan idag, inom de flesta områden för att hantera en masskadehändelse (200skadade på 2 timmar) såväl akut som effekterna över tid.

Kunskap och förmåga kommer att finnas inom 1 år, inom flera områden för att hantera en masskadehändelse (200skadade på 2 timmar) såväl akut som effekterna över tid.

Kunskap och förmåga kommer finnas inom 3 år, inom flera områden för att hantera en masskadehändelse (200skadade på 2 timmar) såväl akut som effekterna över tid.

Kunskap och förmåga kommer finnas inom 5 år, inom flera områden för att hantera en masskadehändelse (200skadade på 2 timmar) såväl akut som effekterna över tid.

Kan inte bedöma.

Har ni tagit fram fördelningsnycklar inom er region?

Ja

Nej

Nej, men planerar under 2025

Är fördelningsnycklarna anpassade för att vid en masskadehändelse (200 skadade på 2 timmar) möjliggöra snabb initial fördelning av skadade personer till sjukhus inom er region?

Ja

Nej

Nej, men planerar under 2025

Har ni i samverkan med närliggande regioner tagit fram fördelningsnycklar?

Ja

Nej

Regional förmåga till ökad vårdkapacitet i fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig

Nej, men planerar under 2025

Är fördelningsnycklarna anpassade för att vid en masskadehändelse (200 skadade på 2 timmar) möjliggöra snabb initial fördelning av skadade personer till sjukhus i närliggande region?*

Ja

Nej

Nej, vi bedömer att behovet kan tillgodoses inom den egna regionen.

Nej, men planerar under 2025.

Behöver ni hjälp med att ta fram fördelningsnycklar inom er region och i så fall vilken typ av stöd är önskvärt?

Flera svarsalternativ möjliga

Nej, vi behöver inget stöd.

Ja, genom vägledningsmaterial från Socialstyrelsen.

Ja, genom att erfarenhetsutbyte med andra regioner, till exempel vid workshop.

Annat Fritext

Har ni tagit fram planer för kapacitetsökningsförmåga inom er region för hantering av en masskadehändelse (200 skadade på 2 timmar) för olika tidsperioder?

Frågan avser en isolerad händelse och kapaciteten för efterföljande behandling och vård av skadade och övrigvård som inte kan anstå.

Ja, för akut omhändertagande efter masskadehändelse (<24 timmar)

Ja, för akut omhändertagande efter masskadehändelse och efterföljande vård och annan vård som inte kan anstå (1 - 2 veckor)

Ja, för akut omhändertagande efter masskadehändelse, efterföljande vård (t. ex rehabilitering) och annan vård som inte kan anstå (1-3 månader)

Nej, vi har inte tagit fram planer för olika tidsperioder

Har ni tagit fram åtgärdsplaner eller motsvarande för kapacitetsökning vid fredstida krissituationer, höjd beredskap och krig inom följande områden?

Vård som kan skjutas upp och vård som inte kan anstå

Regional förmåga till ökad vårdkapacitet i fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig

Åtgärdsplaner är beslutade, implementerade och övade för fredstida krissituationer, höjd beredskap och krig.

Åtgärdsplaner är beslutade, men inte implementerade och övade för fredstida krissituationer, höjd beredskap och krig.

Åtgärdsplaner är beslutade, implementerade och övade, för höjd beredskap och krig (men inte för fredstidakrissituationer).

Åtgärdsplaner är beslutade, men inte implementerade och övade, för höjd beredskap och krig (men inte förfredstida krissituationer).

Arbetet med åtgärdsplaner pågår.

Arbete med åtgärdsplaner är planerat, men har ännu inte påbörjats.

Sjuktransporter inom och mellan regioner

Åtgärdsplaner är beslutade, implementerade och övade för fredstida krissituationer, höjd beredskap och krig.

Åtgärdsplaner är beslutade, men inte implementerade och övade för fredstida krissituationer, höjd beredskap och krig.

Åtgärdsplaner är beslutade, implementerade och övade, för höjd beredskap och krig (men inte för fredstidakrissituationer).

Åtgärdsplaner är beslutade, men inte implementerade och övade, för höjd beredskap och krig (men inte förfredstida krissituationer).

Arbetet med åtgärdsplaner pågår.

Arbete med åtgärdsplaner är planerat, men har ännu inte påbörjats.

Personalförsörjning

Åtgärdsplaner är beslutade, implementerade och övade för fredstida krissituationer, höjd beredskap och krig.

Åtgärdsplaner är beslutade, men inte implementerade och övade för fredstida krissituationer, höjd beredskap och krig.

Åtgärdsplaner är beslutade, implementerade och övade, för höjd beredskap och krig (men inte för fredstidakrissituationer).

Åtgärdsplaner är beslutade, men inte implementerade och övade, för höjd beredskap och krig (men inte förfredstida krissituationer).

Arbetet med åtgärdsplaner pågår.

Arbete med åtgärdsplaner är planerat, men har ännu inte påbörjats.

Regional förmåga till ökad vårdkapacitet i fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig

Hantering på sjukhus av kontaminerade efter CBRN-händelse

CBRN är den internationella förkortningen för farliga ämnen; chemical, biological, radiological, nuclear (översatt till svenska: kemiska, biologiska, radiologiska, nukleära).

Åtgärdsplaner är beslutade, implementerade och övade för fredstida krissituationer, höjd beredskap och krig.

Åtgärdsplaner är beslutade, men inte implementerade och övade för fredstida krissituationer, höjd beredskap och krig.

Åtgärdsplaner är beslutade, implementerade och övade, för höjd beredskap och krig (men inte för fredstid krissituationer).

Åtgärdsplaner är beslutade, men inte implementerade och övade, för höjd beredskap och krig (men inte förfredstida krissituationer).

Arbetet med åtgärdsplaner pågår.

Arbete med åtgärdsplaner är planerat, men har ännu inte påbörjats.

Samverkan med kommuner om den kommunala hälso- och sjukvården

Åtgärdsplaner är beslutade, implementerade och övade för fredstida krissituationer, höjd beredskap och krig.

Åtgärdsplaner är beslutade, men inte implementerade och övade för fredstida krissituationer, höjd beredskap och krig.

Åtgärdsplaner är beslutade, implementerade och övade, för höjd beredskap och krig (men inte för fredstid krissituationer).

Åtgärdsplaner är beslutade, men inte implementerade och övade, för höjd beredskap och krig (men inte förfredstida krissituationer).

Arbetet med åtgärdsplaner pågår.

Arbete med åtgärdsplaner är planerat, men har ännu inte påbörjats.

Hur graderar ni sårbarheten av de fyra komponenterna i PLUS i er verksamhet?

Gradera enligt skalan 1-5 där 5 representerar Mycket låg sårbarhet och 1 Mycket hög sårbarhet.

Personal

Lokaler

Utrustning

Regional förmåga till ökad vårdkapacitet i fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig

Styrning

Här följer ett urval av frågor om tänkbara åtgärder för att öka förmågan och tillgången på personal, lokaler, utrustning och aktiviteter i styrning. Flera av åtgärdsförslagen är hämtade från kunskapsstödet "Hälso- och sjukvårdens kapacitetsökningsförmåga". Socialstyrelsen har inte värderat de olika åtgärdsförslagen utifrån användbarhet.

Med utgångspunkt i komponenten P (personal) i PLUS:

Vid en fredstida krissituation, har ni planerat för möjligheten

Nedan följer tre olika frågor. Svara genom att markera ett svarsalternativ per fråga. Välj bland alternativen: Ja, vid samtliga sjukhus i regionen, Ja, på vissa sjukhus i regionen samt Inte planerat för en sådan åtgärd.

att flytta personal till annat sjukhus inom regionen

att kalla in volontärer, vårdstuderande, inaktiv eller pensionerad legitimerad vårdpersonal

att låna in vårdpersonal från privata vårdgivare (frågan avser privata vårdgivare som inte har avtal med regionens sedan tidigare)

Vid höjd beredskap och krig, har ni planerat för möjligheten

Nedan följer tre olika frågor. Svara genom att markera ett svarsalternativ per fråga. Välj bland alternativen: Ja, vid samtliga sjukhus i regionen, Ja, på vissa sjukhus i regionen samt Inte planerat för en sådan åtgärd.

att flytta personal till annat sjukhus inom regionen

att kalla in volontärer, vårdstuderande, inaktiv eller pensionerad legitimerad vårdpersonal

att låna in vårdpersonal från privata vårdgivare (frågan avser privata vårdgivare som inte har avtal med regionens sedan tidigare).

Har ni undersökt vilka kompetenser hos vårdpersonalen inom er region som kan behöva stärkas upp för att hantera en masskadehändelse?

Ja, på samtliga sjukhus i regionen.

Ja, på vissa sjukhus.

Nej, vi har ännu inte genomfört en sådan analys.

Har ni erbjudit utbildning till vårdpersonal i regionen inom något av följande områden?

Flera svarsalternativ är möjliga

Regional förmåga till ökad vårdkapacitet i fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig

Brännskadevård

Stoppa blödnigen

Krigstraumatologi

Psykologiskt omhändertagande (akut och subakut)

CBRN (omhändertagande av drabbade vid CBRN händelse)

Har ni haft en dialog med kommunerna om att erbjuda utbildning om PLUS-konceptet till personal som arbetar inom den kommunala hälso- och sjukvården?

Ja

Nej

Vet inte

Med utgångspunkt i komponenten L (lokaler) i PLUS:

Har ni planerat att använda förstärkningsresurser för sjuktransport inom regionen vid behov och oförutsedda händelser, t. ex masskadehändelse?

Ja

Nej, inte planerat för en sådan åtgärd

Vilka förstärkningsresurser för sjuktransport inom regionen har ni planerat för?

Flera svarsalternativ möjliga

Bussar (både liggande och sittande patienter)

Andra transportalternativ än bussar

I så fall vilka? *Fritext.*

Har ni planerat för att bedriva vård i alternativa lokaler vid höjd beredskap och krig?

Ja, för samtliga sjukhus i regionen.

Ja, för vissa sjukhus i regionen.

Inte påbörjat planering för en sådan åtgärd ännu.

Har ni planerat för evakuering av patienter och personal för fortsatt vård i skyddade utrymmen i händelse av angrepp mot sjukhusbyggnad?

Regional förmåga till ökad vårdkapacitet i fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig

Ja, vid samtliga sjukhus i regionen.

Ja, för vissa sjukhus i regionen.

Inte påbörjat planering för en sådan åtgärd ännu.

Med utgångspunkt i komponenten U (utrustning) i PLUS:

Har ni tillgång till förbrukningsmaterial för att kunna hantera en masskadehändelse (200 skadade på 2 timmar)?

Ja, på samtliga sjukhus i regionen utan påverkan på den ordinarie vården.

Ja, på vissa sjukhus i regionen utan påverkan på den ordinarie vården.

Ja, på samtliga sjukhus i regionen med påverkan på den ordinarie vården.

Ja, på vissa sjukhus i regionen med påverkan på den ordinarie vården.

Vi kan inte bedöma tillgången på förbrukningsmaterial i dagsläget.

Vi har inte inventerat tillgången ännu.

Har ni tillgång till läkemedel för att kunna hantera en masskadehändelse (200 skadade på 2 timmar)?

Ja, på samtliga sjukhus i regionen utan påverkan på den ordinarie vården.

Ja, på vissa sjukhus i regionen utan påverkan på den ordinarie vården.

Ja, på samtliga sjukhus i regionen med påverkan på den ordinarie vården.

Ja, på vissa sjukhus i regionen med påverkan på den ordinarie vården.

Vi kan inte bedöma tillgången på läkemedel i dagsläget.

Vi har inte inventerat tillgången ännu.

Har ni tillgång till blodprodukter för att kunna hantera en masskadehändelse (200 skadade på 2 timmar)?

Ja, på samtliga sjukhus i regionen utan påverkan på den ordinarie vården.

Ja, på vissa sjukhus i regionen utan påverkan på den ordinarie vården.

Ja, på samtliga sjukhus i regionen med påverkan på den ordinarie vården.

Ja, på vissa sjukhus i regionen med påverkan på den ordinarie vården.

Vi kan inte bedöma tillgången på blodprodukter i dagsläget.

Vi har inte inventerat tillgången ännu.

Regional förmåga till ökad vårdkapacitet i fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig

Har ni tillgång till utrustning, inklusive personlig skyddsutrustning (PPE), för att på akutsjukhus kunna hantera kontaminerade personer som exponerats för kemikalier vid en oförutsedd händelse (i storleksordningen fullt bemannad saneringsenhet under 5 timmar)?

Frågan utgår från regionens förutsättningar att upprätthålla en saneringsenhet på fem personer som kan arbeta i en timme innan avlösning, vilket innebär en åtgång på fem uppsättningar engångsdräkter (PPE) i timmen.

Ja, vid samtliga sjukhus i regionen.

Ja, på vissa sjukhus i regionen.

Vi har ännu inte inventerat tillgången på utrustning för att hantera en CBRN-händelse vid sjukhus i regionen.

Med utgångspunkt i komponenten S (styrning) i PLUS:

Har ni planerat för hur samverkan mellan det prehospitla omhändertagandet vid skadeplats och mottagande av skadade vid sjukhus ska hanteras vid en masskadehändelse (200 skadade på 2 timmar)?

Avser exempelvis ett enhetligt verktyg/metod för triagering av skadade eller informationsdelning om aktuellt ämne, antal kontaminerade och sanering vid CBRN-händelse med mera.

Ja, samverkan finns etablerad.

Ja, delvis.

Inte ännu planerat för en sådan åtgärd.

Har ni en etablerad en samverkan med kommuner om den kommunala hälso- och sjukvården för att begränsa inflöde av patienter från den kommunala hälso- och sjukvården till slutenvården vid behov, t.ex vid en masskadehändelse?

Ja, med samtliga kommuner i regionen.

Ja, delvis eller med vissa kommuner i regionen.

Ja, samverkan om den kommunala hälso- och sjukvården är planerad men inte påbörjad.

Nej, vi har inte planerat för en sådan åtgärd.

Ser ni några hinder för att kunna skriva ut patienter från slutenvården till den kommunala hälso- och sjukvården, för fortsatt vård och behandling, vid behov t. ex vid masskadehändelse?

Regional förmåga till ökad vårdkapacitet i fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig

Ja

Nej

Vilken typ av hinder ser ni för att kunna skriva ut patienter från slutenvården till den kommunala hälso- och sjukvården, för fortsatt vård och behandling, vid behov t. ex vid masskadehändelse?

Fritext

Har ni rutiner och förberedelser i den särskilda sjukvårdsledningen för medicinska prioriteringar och inriktningsbeslut vid en masskadehändelse?

Ja, på samtliga sjukhus.

Ja, på vissa sjukhus.

Inte fastställt, men planering och förberedelser pågår.

Har ni genomfört övningar med den särskilda sjukvårdsledningen av medicinska prioriteringar och inriktningsbeslut vid en masskadehändelse?

Ja, på samtliga sjukhus.

Ja, på vissa sjukhus.

Nej, vi har inte genomfört en övning med sådan inriktning.

Har ni samarbete med ansvariga för regionens produktions- och kapacitetsstyrning i normalläge inom vården, i arbetet med kapacitetsökningsförmågan vid fredstida krissituationer, höjd beredskap och krig?

Med produktions- och kapacitetsstyrning i normalläge avses att säkerställa att resurser finns på plats i rätt tid för att ge patienter vård av god kvalitet.

Ja, vi har regelbundet samarbete med ansvariga för produktions- och kapacitetsstyrning.

Ja, vi samarbetar vid behov med ansvariga för produktions- och kapacitetsstyrning.

Nej, men vi ser ett värde i framtida samarbete med ansvariga för produktions- och kapacitetsstyrning.

Nej, det genomförs som separata planeringar.

Vet inte

Regional förmåga till ökad vårdkapacitet i fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig

Har ni använt Socialstyrelsens stöd för produktions- och kapacitetsstyrning i normalläge inom vården, i arbetet med planering av kapacitetökningsförmåga vid fredstida krissituationer, höjd beredskap och krig?

Ja, vi har använt Socialstyrelsens stöd för produktions-och kapacitetsstyrning.

Ja, vi har tagit del av Socialstyrelsens stöd för produktions- och kapacitetsstyrning i normalläge men inte använt det i praktiken.

Nej, vi kände inte till Socialstyrelsens stöd för produktions- och kapacitetsstyrning i normalläge men är intresserade av att veta mer.

Nej, vi ser ingen nytta med det i vårt arbete.

Vet inte

Vilken typ av stöd skulle ni önska att regionen fick av Socialstyrelsen vad gäller arbete med kapacitetsökningsförmåga?

Gradera alternativen enligt skalan Inte önskvärt - Önskvärt- Mycket önskvärt

Workshops

Fysiska utbildningsinsatser

Digital utbildning om PLUS på Socialstyrelsens utbildningsportal.

PLUS som metodstöd.

Vidareutveckling av PLUS i ett digitalt verktyg.

Spelövningar

Återkommande dialogmöten med Socialstyrelsen.

Genom att förmedla goda exempel från andra regioner.

Finns det något annat typ av stöd ni skulle önska att regionen fick av Socialstyrelsen vad gäller arbete med kapacitetsökningsförmåga?

Fritext

Finns det något område som ni har identifierat som begränsar era förutsättningar att arbeta med kapacitetsökningsförmåga inom regionen?

Fritext

Regional förmåga till ökad vårdkapacitet i fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig

Har ni arbetat med kapacitetsökningsförmåga och PLUS-konceptet på något annat sätt än det som tagits upp i enkäten?

Fritext

Bilaga 2 Internationell utblick

Följande text är en övergripande sammanställning av rådande vägledningar om kapacitetsökningsförmåga i Storbritannien och USA.

På engelska används *staff*, *stuff*, *space*, och *system* i arbetet med kapacitetsökningsförmåga. *Staff* är all personal som behövs för att sjukvården ska bedrivas, *stuff* är allt materiel på sjukhuset, inklusive läkemedel och medicintekniska produkter, *space* handlar främst om antalet sängplatser, men i viss mån även sjukvårdens lokaler i allmänhet, och *system* berör de bestämmelser och rutiner som styr arbetet på sjukhuset och mellan avdelningarna.

Storbritannien

I Storbritannien har National Health Service England publicerat en övergripande vägledning för masskadehantering, och publicerar även mer detaljerade och specificerade vägledningar för särskilda vårdtyper. Vägledningarna innehåller instruktioner för kapacitetsökning, men hänvisar inte till Surge Capacity – strukturen (*staff*, *stuff*, *space*, *system*).

Vid en masskadehändelse kommer sjukhus i närheten att pekas ut som mottagande eller stödjande. Mottagande sjukhus förväntas öka sin kapacitet med 20% under de första 12 timmarna; 10% under de första 6 timmarna, och ytterligare 10% under de kommande 6 timmarna⁸. Därtill förväntas mottagande sjukhus med nivå 3 intensivvård dubblera sin kapacitet för att ta emot patienter med behov av respirator, och kunna bibehålla den kapaciteten under minst 96 timmar. Stödjande sjukhus förväntas inom 12 timmar frigöra max 20% av sina totala vårdplatser, och sjukhus med level 3 intensivvård bör vara redo att dubblera sin kapacitet att ta emot sådana patienter. Alla sjukhus med intensivvårdsavdelningar bör vara redo att stödja i transport och upphämtande av patienter från andra sjukhus, och även primärvården ska vara beredd att ta emot mindre allvarligt skadade patienter.⁹

För att frigöra platser för inkommande patienter i en masskadehändelse ska sjukhuset skriva ut patienter som bedöms vara lämpliga för utskrivning. Därtill ska sjukhuset, i den grad det behövs, kunna bedriva vård även utanför sjukvårdsavdelningarnas lokaler. Exempelvis kan vård behöva bedrivas i

⁸ Se bild 3 *Surge Capacity Escalation – NHS England*

⁹ NHS England (2017)

Regional förmåga till ökad vårdkapacitet i fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig

korridorer eller andra öppna ytor på sjukhuset vid ett stort inflöde av patienter under kort tid.

NHS (regionalt) kan vid masskadehändelser fatta beslut om att skjuta på icke-akuta operationer, och om att förflytta personal och patienter mellan avdelningar och sjukhus¹⁰. Om en region inte själva klarar av trycket kan regionen begära hjälp från andra regioner eller begära förflyttning av patienter till andra regioner, via en nationell samordningsfunktion¹¹. Svårt sjuka patienter ska så långt som möjligt vara kvar på sin ursprungliga avdelning, och endast flyttas om patienten kan erbjudas bättre vård på en annan avdelning, eller om avdelningens platser måste frigöras för högre prioriterade patienter vid en masskadehändelse. Innan patienter flyttas från en avdelning för att lämna plats åt inkommande patienter, ska utskrivning av friskare patienter övervägas, och alla andra nödvändiga steg för att öka kapaciteten ska ha genomförts.¹²

Den brittiska vägledningen betonar även vikten av att tid avsätts för att tillgodose personalens psykiska välmående, även under en pågående masskadehändelse.

CitizenAID

CitizenAID är en brittisk välgörenhetsorganisation vars syfte är att lära privatpersoner att ta hand om sig själva och andra vid en masskadehändelse, med ett särskilt fokus på medvetna attacker. Organisationen har tagit fram materiel i form av en fick-guide, utbildningsmaterial riktat till barn och vuxna, och en gratis mobilapp.

Utbildningsmaterialet innehåller bland annat metoder för att stoppa blödning, instruktioner för hantering av olika typer av skador, hur man ska agera vid olika masskadehändelser, vilken information man bör förmedla i ett larmsamtal, triage- instruktioner och instruktioner för MIST-överlämning (Introduction, Mechanism, Injuries found, Signs and symptoms, Treatment given). CitizenAID har även volontärer runt om i Storbritannien som lär ut materialet.¹³

USA

Utgångspunkten för den amerikanska vägledningen för masskadehantering är att sjukvården så långt som möjligt ska bedrivas 'som vanligt'. I ett andra steg får beredskapsanpassningar göras, vilka innebär att patienten erbjuds samma vård och samma kvalitet av vård, men att den vården bedrivs något

¹⁰ Se bild 2 *Exempel på omfördelningsplan – Greater Manchester Combined Authority*

¹¹ NHS England (2023)

¹² NHS England (2023)

¹³ Se bild 4 *CitizenAID*

annorlunda, exempelvis på andra avdelningar. Vid en mycket allvarlig eskalering får sjukhuset övergå till krisanpassning av vården. Det innebär att patienterna kan utsättas för signifikanta risker, men att den bästa vård som situationen tillåter erbjuds.¹⁴

Den amerikanska vägledningen innehåller även tydliga riktlinjer för triage, där triage ses som ett sätt att frigöra vårdplatser och minska den akuta belastningen på sjukvården. Triage bör genomföras ett flertal gånger under en masskadehändelse, och läkare ska göra avvägningar även under pågående operation.¹⁵

Space

När en masskadehändelse inträffar bör sjukhuset omedelbart förbereda för mottagande av stora mängder patienter. I ett första steg bör fokus vara på att maximera kapaciteten på akutmottagningen. Patienter som befinner sig på akutmottagningen behöver förflyttas till sjukhusets andra avdelningar, och kan i värsta fall behöva förflyttas till korridorer eller andra oanvända utrymmen.¹⁶

Parallellt med förberedelserna på akutmottagningen måste även övriga avdelningar på sjukhuset vidta åtgärder för att förbereda sig för ett stort antal patienter. Exempel på sådana åtgärder är utskrivning av patienter (som bedömts vara lämpliga), dubbelmöblering av rum, och att ställa in alla icke-akuta operationer. I situationer av extrema patientinflöden till sjukhuset kan även icke-vårdlokaler på sjukhuset, så som klassrum eller fysioterapimottagningar, användas, och i värsta fall även tält.¹⁷

Förberedelser för en masskadehändelse måste även ta i beaktning icke-medicinska behov och krav på sjukhusets ytor. Planer behöver innefatta upprättande av familjecenter, rum för media, platser för personal som inte kan återvända hem, och platser för hantering av stora antal avlidna. Vid en masskadehändelse som drabbar stora delar av samhället behöver sjukhuset även planera för mottagandet av patienter som inte är i behov av vård, men vars hjälpmedel inte fungerar, t.ex. syrgas.¹⁸

Akuta förberedelser

Akutmottagning: Samla ihop sängar, bårar och rullstolar. Flytta patienter till stolar eller bårar i korridorer. Fatta beslut om roller, t.ex. för triage.

Kirurgi: Ta inte emot nya fall. Avsluta pågående fall. Förbered operationssalar och platser för eftervård för inkommande patienter. Fatta beslut om planerade operationer de närmsta dagarna.

Primärvården: Förbered för mottagandet av mindre allvarligt skadade patienter, och/eller patienter som skrivits ut från sjukhuset.

Sjukvårdsavdelningar: Identifiera patienter som kan skrivas ut och förflytta dem till korridorer och andra utrymmen. Förbered för mottagandet av allvarligt skadade från akuten.

¹⁴ Administration for Strategic Preparedness and Response (2025b)

¹⁵ Administration for Strategic Preparedness and Response (2025a)

¹⁶ Administration for Strategic Preparedness and Response (2025b)

¹⁷ Administration for Strategic Preparedness and Response (2025b)

¹⁸ Administration for Strategic Preparedness and Response (2025b)

Staff

Vid masskadehändelser som medför ett ökat behov av personal, i ett första skede främst på akutmottagningen, bör det akuta behovet tillgodoses genom inkallning av personal som är anställd på sjukhuset, genom att tillåta fler patienter per personal, och genom att förlänga personalens skift. Personal som är anställd vid akutmottagningen, intensivvårdsavdelningar eller vid kirurgin bör omedelbart kallas in till arbetet. Om personalen inte behövs för stunden ska de uppehålla sig på designerade platser på sjukhusområdet och fungera som en personalpool.¹⁹

I vissa fall kan personal utan rätt utbildning fungera som en förlängning av den personal som har det. Exempelvis kan sjuksköterskor från en annan avdelning stötta upp på intensivvårdsavdelningen under ledning av en person med rätt kompetenser och utbildning.²⁰ Vid masskadehändelser som pågår under en längre tid bör sjukhuset använda sig av personal från andra sjukhus eller från privata vårdgivare.²¹

Stuff

Vid en masskadehändelse bör apotekspersonalen omedelbart samla ihop alla nödvändiga läkemedel till akutmottagningen. De läkemedel som behövs i stor utsträckning vid vård av trauma ska sedan tidigare vara identifierade, och ska lagerhållas på sjukhuset i beredskap för en masskadehändelse. Lagerhållningen av läkemedel ska anpassas efter det enskilda sjukhusets förutsättningar och risker, så som storlek, geografiska plats, och avstånd till leverantören.²²

Systems

Vid planeringen för en extraordinär händelse med stora mängder skadade måste sjukhuset undvika antaganden om att tekniska hjälpmedel fungerar som vanligt. Exempelvis behöver det finnas rutiner för analog journalhantering, och hur medicinska insatser kan skötas även utan röntgen / radiologi, och laboratorieverksamhet.

Ytterligare är det viktigt att det finns rutiner för hanteringen av icke-identifierade patienter som inkommer till sjukhuset, exempelvis genom användandet av identifikationsnummer och id-lappar i papper.

¹⁹ Administration for Strategic Preparedness and Response (2025b)

²⁰ Administration for Strategic Preparedness and Response (2025b)

²¹ Ibid.

²² Ibid.

Referenser

Rapporter & vägledningar

National Health Service England. *Adult critical care surge plan guidance* (NHS England, 2023). <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2023/12/B1214-adult-critical-care-surge-plan-guidance-v1.1.pdf>

National Health Service England. *Concept of Operations for managing Mass Casualties* (NHS England, 2017). <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/03/concept-operations-management-mass-casualties.pdf>

Administration for Strategic Preparedness and Response. *Mass Casualty Incident Planning i Hospital Readiness and Response: An Online Guidebook* (ASPR, 2025a). <https://files.asprtracie.hhs.gov/documents/hrroq-mass-casualty-incident-planning.pdf>

Administration for Strategic Preparedness and Response. *Surge Concepts i Hospital Readiness and Response: An Online Guidebook* (ASPR, 2025a). <https://files.asprtracie.hhs.gov/documents/hrroq-mass-casualty-incident-planning.pdf>

Webb-sidor

CitizenAID. *About citizenAID, Our Aims, Our Founders, Our Trustees*. (u.å.). <https://www.citizenaid.org/aboutus> (Hämtad 18-03-2025).

CitizenAID. *Home*. (u.å.). <https://www.citizenaid.org/> (Hämtad 18-03-2025).

Bild 1. Flexible Surge Capacity²³

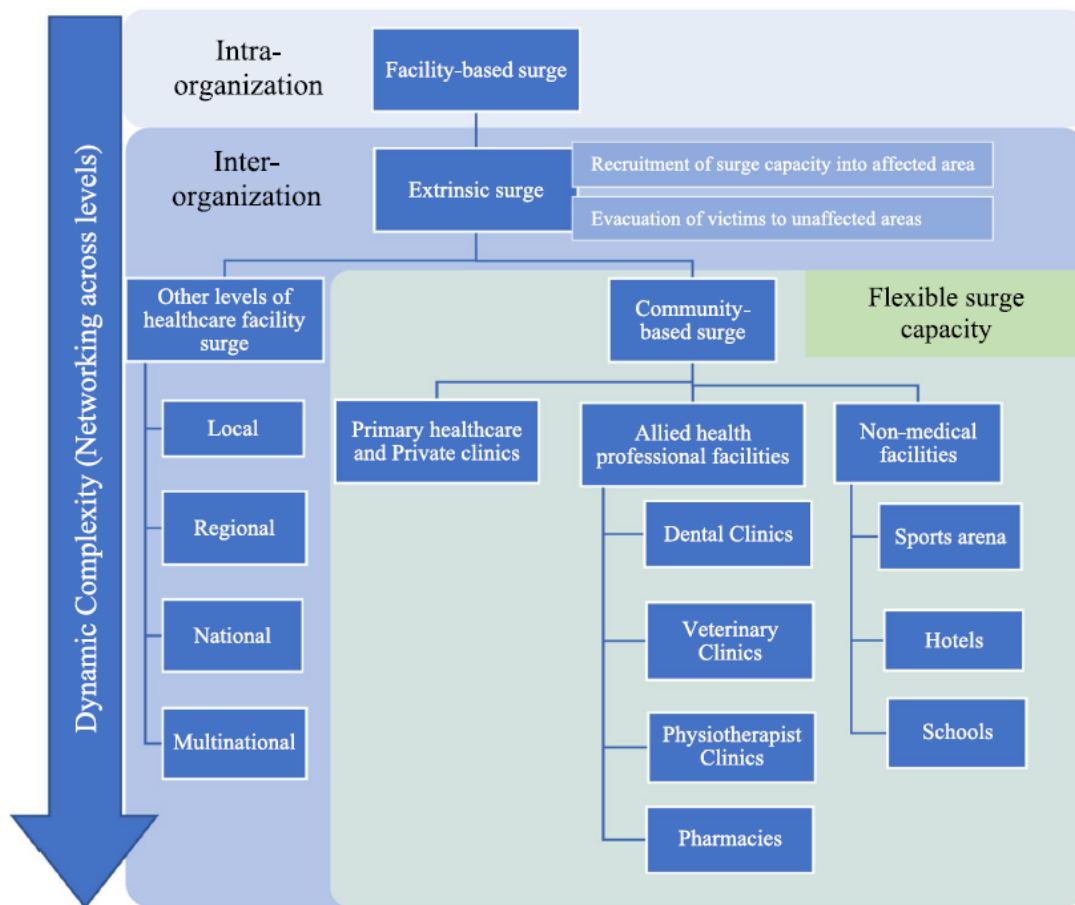
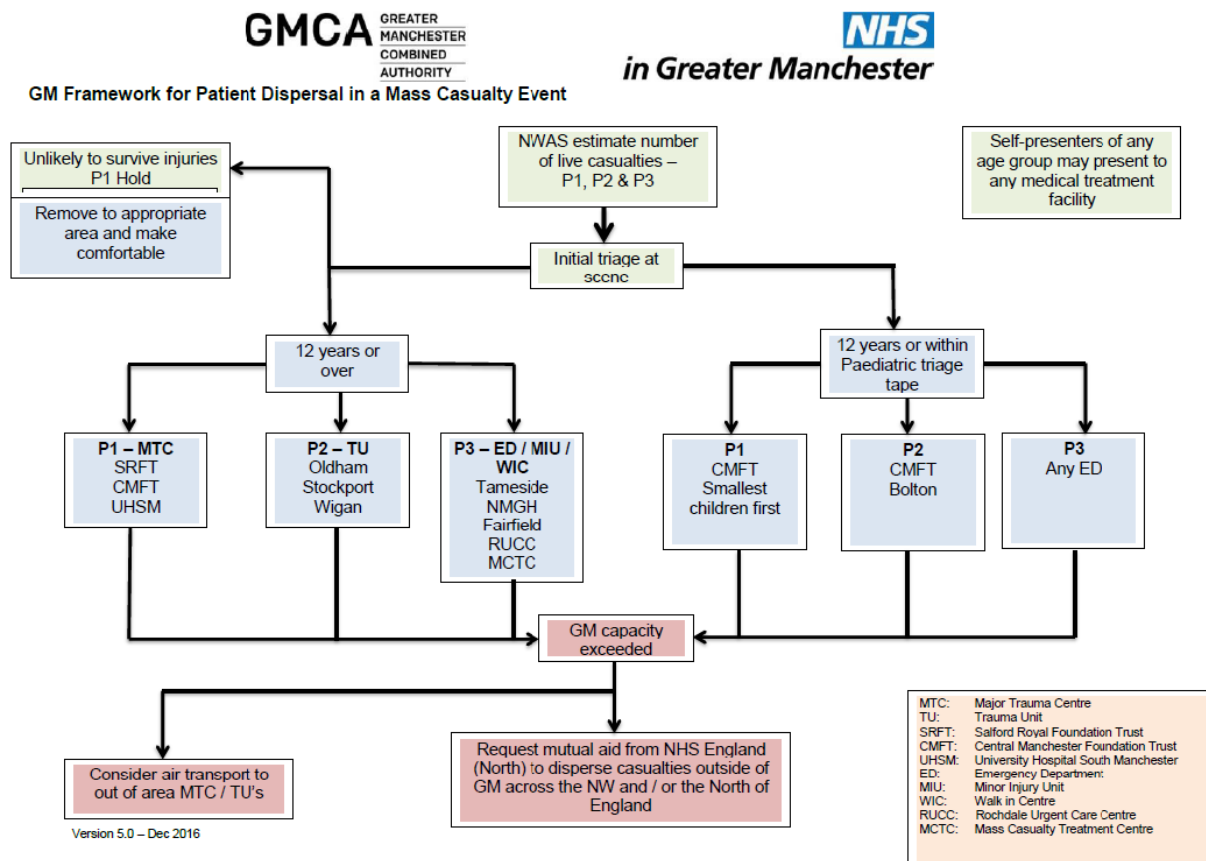


Fig. 1 Surge capacity framework incorporating the flexible surge capacity concept. Source Phattharapornjaroen et al. (2022a)

²³ Phattharapornjaroen et al (2023a) s.54

Bild 2. Omfördelningsplan exempel från Greater Manchester²⁴



²⁴ NHS England (2017) s.38

Regional förmåga till ökad vårdkapacitet i fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig

Table 1: Surge thresholds and action

Please note this table reflects existing published language and descriptors.

	CRITCON & OPEL	Descriptor	Actions
Pre-surge Sustain	Majority of units reporting CRITCON 0 to 1	– <100% of baseline beds occupied and <50% of baseline beds occupied by patients requiring cohorting for any reason – Treatment available and supply is greater than demand – Normal, able to meet all critical care needs, without impact on other services – Typical winter levels of capacity transfer and other overflow activity.	<u>System and regional action</u> – None except for usual monitoring via ODNs – ODNs must ensure DOS is updated twice daily by Trusts within Network and region <u>National action</u> – No national input required
Surge Monitor	Majority of units reporting CRITCON 2 OPEL 1 ⁵	– Up to 100% of baseline beds which are staffed and occupied and implications of cohorting impacts on capacity – Expected winter pressures – Operating within regional winter planning assumptions – Some usual high dependency unit (L2) beds may be converted to L3 – Enhanced Care beds are used optimally (if available) – Usual funded critical care capacity full. Some capacity transfers	<u>Trust actions</u> – May require redeployment of support staff to enable cohorted capacity and increased acuity of patients and maintain acceptable staffing ratios. – Potential temporary reduction in elective surgery activity – Peri-operative pathways altered for some lower acuity patients to be cared for outside of level 2/3 adult critical care settings <u>System and regional actions</u> – UEC monitoring and reporting of capacity and demand within Trusts and systems as part of usual winter pressures process – Consider standing up local Critical Care monitoring and reporting arrangements at regional level such as the Cell structures defined in the NHS Resilience structure

Bild 3. Surge Capacity – plan från NHS²⁵

Adult Critical Care Surge Plan Guidance (December 2023)

Incident Level 4	Some units at risk of moving to CRITCON 4 OPEL 3	– In final expansion area (for local escalation) – Expansion into non-critical care areas (eg wards) and/or use of paediatric facilities for adult critical care where appropriate. – Trust operating at or near maximum physical capacity. – Maximum capacity transfers between Trusts, with network and regional NHSE co-ordination. – The prime imperative in CRITCON 3 is to prevent any single trust entering CRITCON 4 CRITCON 4: • Resources overwhelmed. Possibility of triage by resource (non-clinical refusal or withdrawal of critical care due to resource limitation). • This must only be implemented on national directive from NHSE and in accordance with national guidance. • Treatment available but in very limited supply across a region. Systems unable to maintain segregation and to continue priority elective work. • Inter-system mutual aid and capacity transfers are required, facilitated by Regional Transfer sub-group. Capacity may soon be exceeded if demand increases further. • Full use of surge staffing ratios and cross skilling	– Review of prioritisation and cancellation of some specialist elective surgery – Mutual aid and capacity transfers across systems to maintain urgent activity. – Daily identification of suitable patients for inter-regional transfer by regions under surge (as per guidance) – GPICS staffing ratios may not be maintained in some clinical areas (eg multi-bed cohorted areas) (see footnote ¹¹) <u>National action</u> – Escalation of need for inter-regional capacity transfers to decompress multiple hospital sites – Enhanced monitoring and reporting will be in place – Enhanced national and regional commissioning support will be required. – Monitoring and co-ordination of escalation of interdependent services – Potential for devolved nation engagement for mutual aid and capacity transfers – Increased frequency of CCCP meetings
			– Regions preparing to increase capacity to meet regional surge plan levels <u>National action</u> – Critical Care Capacity Panel (CCCP) meetings in place – Monitoring of interdependent services – Consideration of any cross-region capacity transfer requests
Escalation Protect	Majority of units declaring CRITCON 2 and an increasing number of units declaring CRITCON 3 OPEL 2	– 100% to 150% of capacity occupied – Exceeding expected winter pressures – Expanded in to enhanced care areas or expanded into next identified surge area – Usual funded critical care capacity full – overflow into quasi-critical care areas or identified surge areas – Increased conversion of L2 to L3 beds – High level of non-clinical transfers – Trusts beginning capacity transfers and other mutual aid – Treatment currently available within the system utilising surge areas in trusts but majority of units maybe declaring CRITCON2 – There may be pressures on critical care resources, e.g. Renal replacement therapy or particular medicine	<u>System and Region actions</u> – Regional Command and Control structures in place – Cancellation of elective surgery in line with clinical prioritisation to commence – Capacity transfers and other mutual aid across systems and within regions – Surge beds to be used optimally – Critical care cells meeting regularly – Enhanced monitoring and reporting by ACC commissioners and UEC winter teams – Daily submission of Regional transfer requirements – Daily reporting and review of ACC occupancy at a system and regional level – Maintaining acceptable staffing ratios through redeployment of non-critical care staff although these may not be GPICS⁶ compliant <u>National actions</u> – Increased national and regional commissioning input may be required – national Critical Care Capacity Panel (CCCP) to provide strategic direction for inter-regional capacity transfers
Heightened escalation Control	Increasing number of tertiary units reporting CRITCON 3	150% to 200% of capacity occupied – Expanded into identified suitable surge areas AND – Expanded into non-conventional areas (if applicable) OR	<u>System and Region actions</u> – Regional Command and Control structures in place – All non-life threatening/lifesaving elective inpatient surgery to stop.

²⁵ NHS England (2023) s.12-14

Regional förmåga till ökad vårdkapacitet i fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig

Bild 4. CitizenAID



Bild från citizenAIDs handbok i fickformat. Handboken har samma innehåll som appen och ska fungera som ett alternativ till den.

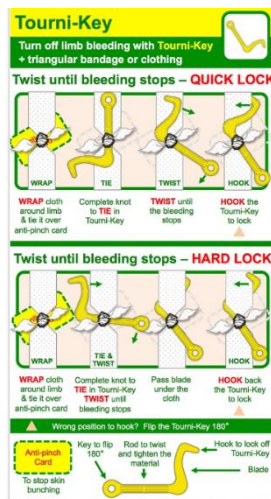


Bild från citizenAIDs tourniquet-kit. Kitet innehåller en tourniquet som kan användas med ett stycke tyg, samt instruktioner för hur man kan stoppa en akut blödning.



Bild från citizenAIDs app. Appen innehåller råd och instruktioner för livräddande insatser av privatpersoner efter medvetna attacker. Exempelvis finns instruktioner för explosioner, skjutningar och fordonsattacker.



Regional förmåga till ökad vårdkapacitet i fredstida krissituationer,
höjd beredskap och ytterst krig (artikelnr 2025-6-9633)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.