



SVENSKA
INTENSIVVÅRDSREGISTRET
SIR

Intensivvård under extrema förhållanden

Strategier för kapacitetsutökning och krisledning

Pär Lindgren och Göran Karlström

Svenska Intensivvårdsregistret

260310





Förändringar i HSL

- Beredskapsplanering
- Katastroftillstånd
- Vårdskyldighet
- Hjälpsskyldighet
- Skyldighet uppgiftslämnande
- Lagerhållningsskyldighet



Vårdskyldighet i kris och krig

Kommuner och regioner ska under fredstida krissituationer och höjd beredskap endast vara skyldiga att erbjuda vård som är nödvändig för liv och hälsa.
[16 a kap. 1 § HSL]

Vård som är nödvändig för liv och hälsa

Med uttrycket vård som är nödvändig för liv och hälsa avses sådan vård som är nödvändig för att rädda liv och förhindra att patienter drabbas av allvarliga följder för sitt hälsotillstånd på grund av utebliven vård.

Att vården ska vara nödvändig innebär att den inte kan skjutas upp under en längre tid.

Generellt sett handlar det om vård och behandling av sjukdomar och skador i de fall där även en måttlig fördröjning bedöms kunna medföra allvarliga följder för patienten.

Vårdens prioriteringar i krig och fredstida katastrofer

Kunskapsstöd för hälso- och sjukvårdens beredskap





Vård som är nödvändig för liv och hälsa inkluderar:

- Livshotande akuta tillstånd
- Sjukdomar som utan behandling leder till ett varaktigt invalidiserat tillstånd
- Vård av svåra kroniska sjukdomar
- Vård i livets slutskede
- Vissa smittsamma sjukdomar som omfattas av smittskyddslagen



Upphävande av 2013:22

Socialstyrelsens författningssamling

Ansvarig utgivare: Chefsjurist Eleonore Källstrand Nord



**Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd
om katastrofmedicinsk beredskap;**

beslutade den 7 maj 2013.

**SOSFS
2013:22 (M)**

Utkom från trycket
den 4 juni 2013

Upphävande av Socialstyrelsens föreskrift om katastrofmedicinsk beredskap

Med anledning av de ändrade reglerna har Socialstyrelsen beslutat om att upphäva SOSFS 2013:22 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap. Föreskrifterna upphör att gälla från den 1 januari 2026. Regleringen för regioners och kommuners beredskapsplanering framgår istället av hälso- och sjukvårdslagen och hälso- och sjukvårdsförordningen (se ovan).



Ny förordning



2 § Kommuner och regioner ska i en eller flera planer fastställa hur samverkan och ledning av hälso- och sjukvården på olika nivåer ska utövas när det råder katastroftillstånd och vid händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka.

Av planen eller planerna ska särskilt framgå

1. hur ansvaret för ledning och samverkan är fördelat på olika beslutande organ och enskilda tjänstemän,
2. hur samverkan ska ske med aktörer på lokal, regional och nationell nivå och hur verksamheter ska samordnas,
3. hur nödvändiga resurser kan tillgängliggöras,
4. hur personal och andra resurser ska om disponeras och hur resurser som inte finns omedelbart tillgängliga ska mobiliseras, och
5. hur patienter vid behov skyndsamt ska kunna överföras för vård mellan regioner eller kommuner eller mellan en region och en kommun.



Myndigheten för civilt försvar

2025-2026 pågår arbete med att matcha det uppdaterade ramverket Gemensamma grunder för samverkan och ledning med utbildningar i stabsmetodik.



Uppdragsmål 2: Föreslå en ledningsmodell för ledning av den regionala hälso- och sjukvården vid händelser över hela hotskalan. Avsikten är att den föreslagna ledningsmodellen ska utgöra standard för regionerna men kunna anpassas efter regionspecifika behov. Samverkan med andra aktörer och då särskilt Socialstyrelsen⁶ ska genomföras inom uppdraget så att ledningsmodellen passar in i krisledningssystemet i stort. Uppdraget ska redovisas för NSPL chefsgrupp Q4 2026 i syfte att samtliga regioner ska kunna fatta beslut under Q1-Q2 2027.



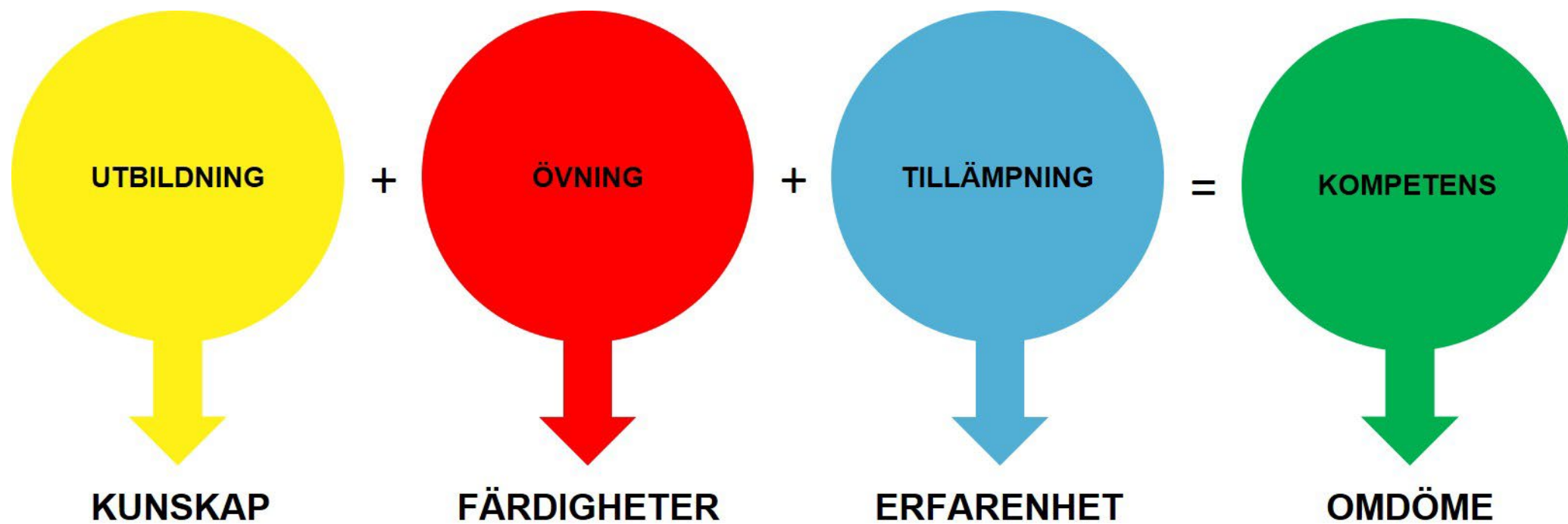
SVENSKA
INTENSIVVÅRDSREGISTRET
SIR

Målsättning IVA

- Konkreta åtgärder för snabb aktivering
- Säkerställa patientsäker vård
- Etisk och transparent prioritering

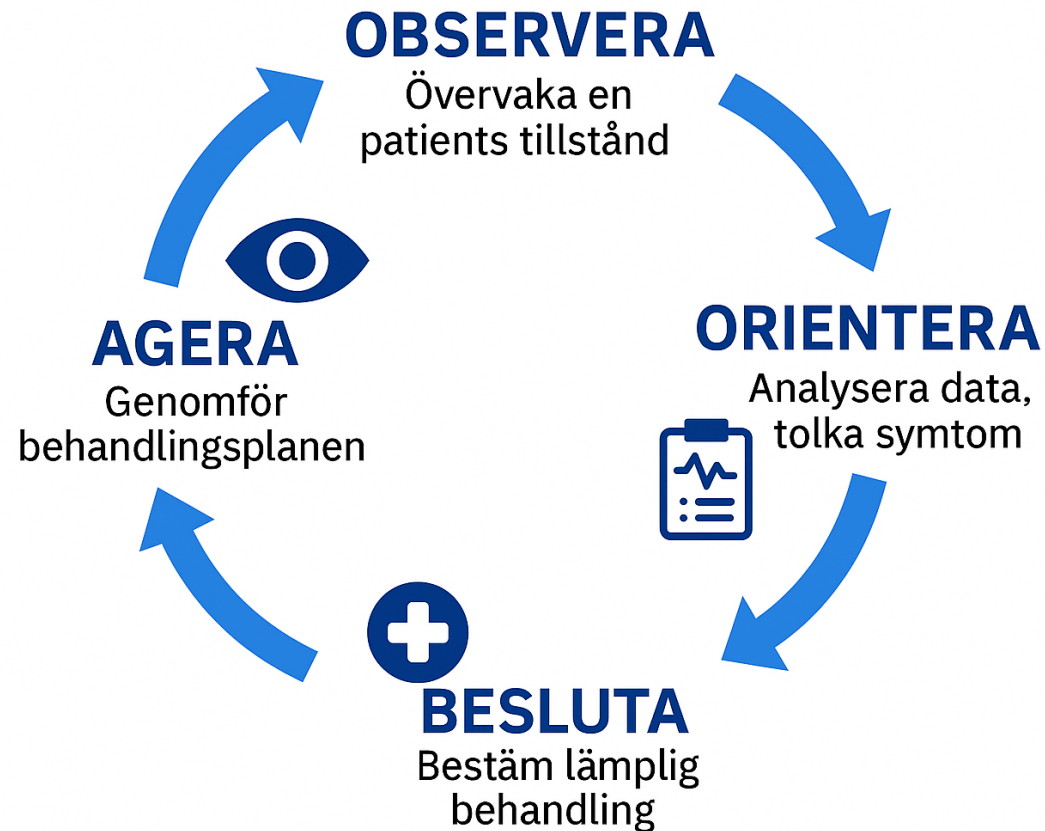


Hur uppnår vi detta?



PLANERING 

observe (O), *orient* (O), *decide* (D) och *act* (A)



Vad är en masskadehändelse?

- ”En masskadehändelse definieras som en särskild händelse som resulterar i ett betydande skadeutfall samt en obalans mellan vårdbehov och tillgängliga resurser som riskerar att leda till sänkt vårdkvalitet”.
 - Källa: Socialstyrelsen
- ”A major incident, overwhelming the available medical capabilities and/or capacities despite the employment of extraordinary measures”
 - Källa: NATO





Omedelbara åtgärder

- Aktivera katastroflarm och utse IVA-ledning
- Samla nyckelpersoner
- Etablera kommandokedja och kommunikationskanaler



Arbetsmetodiken vid särskild händelse

- Ledningsstruktur och kommunikationsmodell
- Påverka resurstillgången genom att skapa
 - fler vårdplatser
 - ytterligare personal
 - och genom att förstärka utrustning och/eller material.
- Påverka behoven genom
 - prioritering
 - se över arbetssätt och
 - flyttning av patienter till andra enheter inom och utanför sjukhuset.



Nyckelkomponenter i IVA-hantering

- Effektiv hantering av patientflöden bygger på balansen mellan
 - Staff (personal): Utökad bemanning, personalpooler, etiskt stöd.
 - Space (lokaler): Konvertering av operationssalar och uppvakningsenheter.
 - Stuff (utrustning) Respiratorer, syrgas, kritiska läkemedel och skyddsutrustning.
 - Systems (styrning). Aktivering av sjukhusets ledningssystem.



Nyckelkomponenter i IVA-hantering

- Effektivt omhändertagande av patient bygger på
 - Triagering
 - Treatment (behandling)
 - Tracking (dokumentation)
 - Transfer (utflöde)



Crisis Standards of Care (CSC)

- Fokus skiftar från individens bästa till största möjliga nytta för flest antal människor.
 - När behovet dramatiskt överstiger tillgängliga resurser.
 - Etiska dilemman vid prioritering.
- Följ nationella/lokala etiska riktlinjer
- Beslutslogg: vem, tid, motivering
- Mall för prioriteringsdokumentation



Personalens hälsa & Etisk stress

- Moralisk stress:
 - Hantering av svåra beslut och hög arbetsbelastning.
- Kamratstöd:
 - Vikten av korta avstämningar (defusing) och psykosocialt stöd.
- Hemberedskap:
 - Personalens trygghet i hemmet möjliggör fokus på arbetet.

Tekniska utmaningar och Infrastruktur

- Energiförsörjning:
 - Reservkraftens uthållighet (bränsle för 7 dagar).
- Medicinska gaser:
 - Syrgasförbrukning vid massivt inflöde av respiratorpatienter.
- IT & Kommunikation:
 - Reservrutiner vid bortfall av journalsystem (analog loggar, Raket).



Vad kan jag förbereda?

- Genomföra en risk- och sårbarhetsanalys (RSA):
 - Identifiera specifika risker (t.ex. pandemier, kemiska utsläpp eller naturkatastrofer) baserat på geografiskt läge.
- Lagra kritisk materiel:
 - Säkerställa reserver av personlig skyddsutrustning (PPE), respiratorer och nödvändiga läkemedel.
- Öva:
 - Delta i avancerade simuleringar som testar både klinisk förmåga och logistik som patientloggning och kommunikation.



Övning

- Övning ger färdighet:
 - Simuleringar är avgörande för att upptäcka svaga länkar.



Triage

- Triage-principer:
 - Prioritering baserat på sannolikhet för överlevnad.
 - Protokoll för masskadetriage.
 - Beslutsstöd för att avbryta eller inte inleda behandling.
- Särskilda protokoll för katastroftriage införs för att prioritera patienter baserat på sannolikhet för överlevnad med behandling.



Triage och prioritering

- Primär triage prehospitalt
- Sekundär triage vid mottagning på sjukhus
- Tertiär triage för IVA-bedömning
- Upprepad omvärdering och dokumentation



Triage vid katastrof

Box 1

Components of disaster triage

Sorting

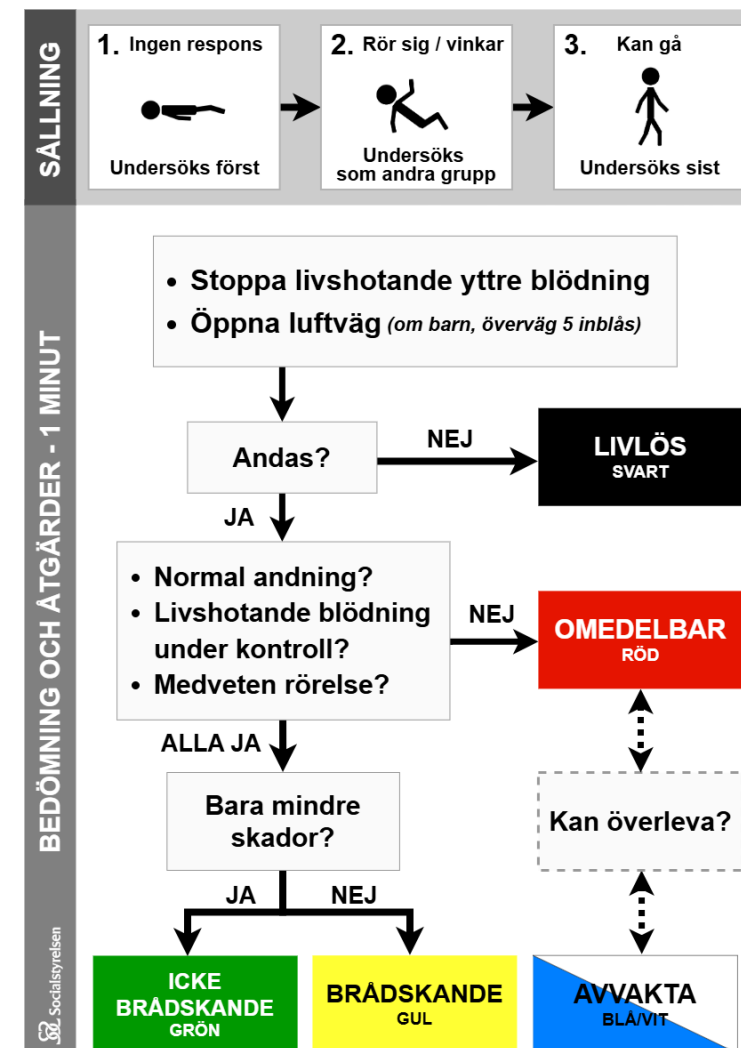
Prioritizing

Allocating resources



Masskadetriagealgoritmen – Översikt

- **Primärtriage** – cirka 1 minut per skadad
- **Syfte:** Identifiera tre livshotande tillstånd
 - Hypovolemi (blödning)
 - Hypoxi (syrebrist)
 - Skallskada
- **Åtgärder**
 - Stoppa yttre livshotande blödning
 - Öppna luftvägen (om barn överväg 5 inblåsningar)
 - Identifiera skallskada
- **Mål**
 - Snabbt minska risken för dödsfall
 - Prioritera skadade för avancerad vård





Triage vid katastrof

Box 2

Disaster triage outcome considerations

Survival

Quality of life

Resource consumption

Data from Christian MD, Fowler R, Muller MP, et al. Critical care resource allocation: trying to PREEDICCT outcomes without a crystal ball. Critical Care. 2013;17(1):3.



Triage vid katastrof

Magnitude of Surge		Minor	Moderate	Major (overwhelming)
Standard of care		Conventional	Contingency	Crisis
Response Strategies		Conserve Substitute	Conserve Substitute Adapt Re-use	Conserve Substitute Adapt Re-use Reallocate
Type of triage		Routine	Routine	Disaster
Components of triage in use	Sort	★	★	★
	Prioritize	★	★	★
	Resource Allocation	--	--	★

Fig. 2. Application of triage based on magnitude of surge. (Adapted from Christian, M. D., et al. (2014). Introduction and executive summary: care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement. Chest 146(4 Suppl): 8S-34S; and Data from Hick JL, Barbera JA, Kelen GD. Refining surge capacity: conventional, contingency, and crisis capacity. Disaster Med Public Health Prep. 2009;3(5_suppl):S59-S67.)



Triage vid katastrof

Table 1
Classification of triage by location

Triage Type	Location	Priorities Addressed
Primary	Field	Who to immediately treat on scene (triage sieve) and priorities for evacuation from scene (triage sort)
Secondary	Entry to ER	Who to prioritize for resuscitation and disposition to treatment areas within the ER and/or admission to hospital ward
Tertiary	Exit from ER or entry to ICU/OR	Who to prioritize for definitive/critical care (OR and admission to ICU)



Triage vid katastrof

Box 3

Essential triage officer skills

Extensive clinical experience

Strong leadership

Effective communication

Agile decision making



Indikatorer på "stress"

Table 2
ICU strain indicators with definitions and threshold levels of concern

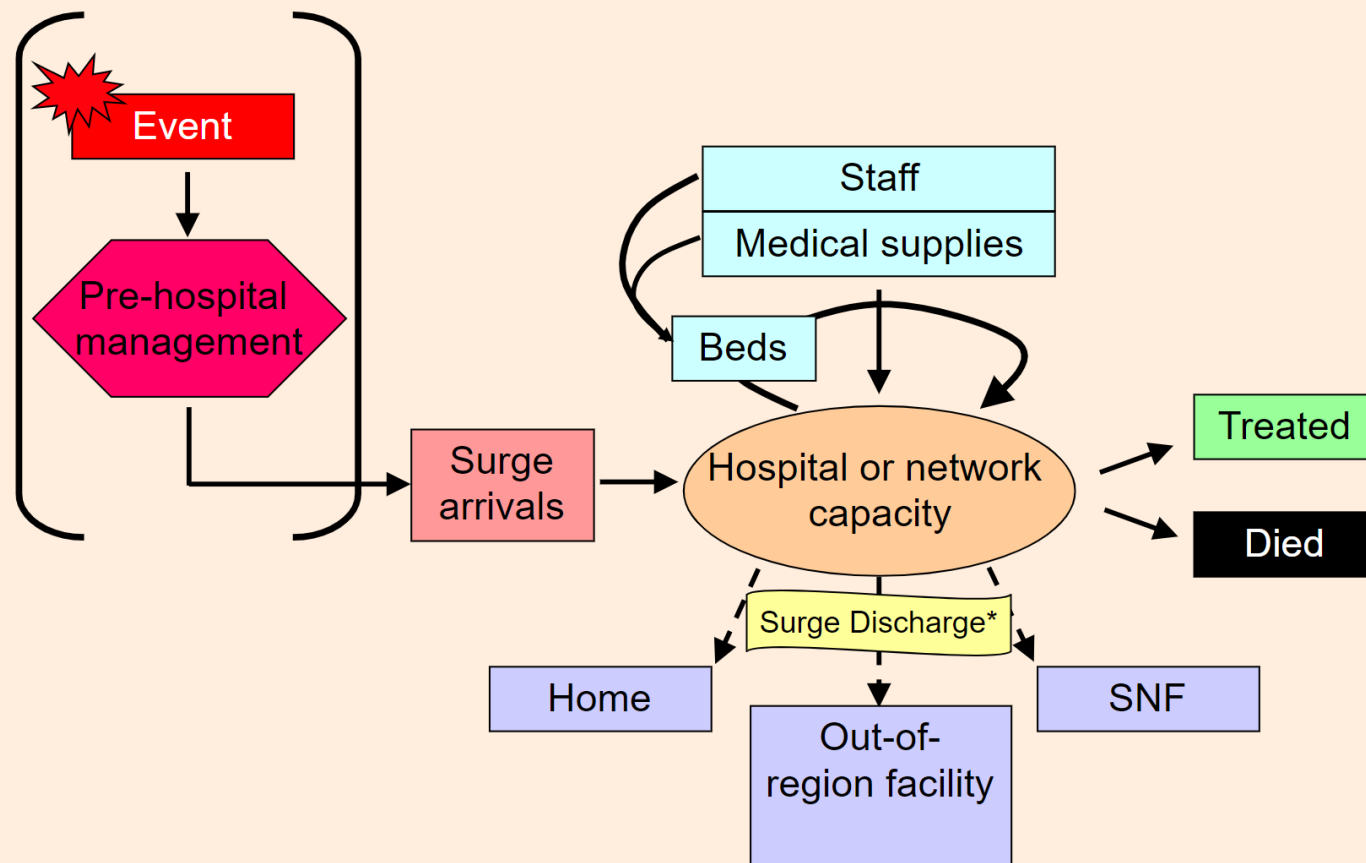
Strain Indicator	Definition	Threshold Level of Concern
Admission indicators		
Intensive care unit (ICU) census	% of bed ICU occupancy	85%–90%
Admission wait time (Queuing)	Time from ICU admission orders written until ICU patient arrival	≥4–6 h delay to ICU admission*
Patient turnover	The number of admissions and discharges in a 24-h period	No set standard, but higher consistent with greater strain
ICU transfers out of hospital due to lack of ICU beds	Inter-hospital transfers due to lack of an open ICU bed	>0
Declined admission to ICU	Number of patients (%) declined ICU admission compared with total number of consults due to lack of an ICU bed	>0
ICU acuity	Severity of illness measure (eg, SOFA, APACHE II scores)	Variable
Nurse-to-patient ratio	The number of patients per ICU nurse	1:1 to ≤2:1
Release indicators		
"After-hour" ICU releases	Unplanned release from ICU outside of regular hours (ICU-specific definition)	>0
ICU readmissions	Avoidable ICU readmission within 48 h of ICU discharge	>0



SVENSKA
INTENSIVVÅRDSREGISTRET
SIR

Kapacitetsökning







Kapacitetsutökning

- IVA kan tredubbla sin grundkapacitet under kortare perioder genom att använda "icke-traditionella" utrymmen som operationssalar, uppvakningsavdelningar eller mottagningar.



PLUS och Surge capacity

- PLUS är en svensk modell framtagen ur det internationella synsättet med surge
 - P
 - L
 - U
 - S



IVA vid särskild händelse - PLUS

	Decreasing ← Morbidity and Incident demands → Increasing		
	Conventional	Contingency	Crisis
Space	Usual patient care spaces maximized	Patient care areas re-purposed (PACU, monitored units for ICU-level care)	Non-traditional areas used for critical care or facility damage does not permit usual critical care
Staff	Additional staff called in as needed	Staff extension (supervision of larger number of patients, changes in responsibilities, documentation, etc')	Insufficient ICU trained staff available/unable to care for volume of patients, care team model required & expanded scope
Supplies	Cached/on-hand supplies	Conservation, adaptation and substitution of supplies with selected re-use of supplies when safe	Critical supplies lacking, possible allocation/reallocation or lifesaving resources
Standard of care	Usual care	Minimal impact on usual patient care practices	Not consistent with usual standards of care (Mass Critical Care)
ICU expansion goal	X 1.2 usual capacity (20%)	X 2 usual capacity (100%)	X 3 usual capacity (200%)
Resources	Local	Regional/State	National
	Normal ← Operating Conditions → Extreme		

P = Personal

P	Personal	• Tillräckligt med vårdpersonal och personal med särskild medicinsk kompetens • Möjlighet att sätta samman specifika team • Tillgång till personal för ledningsfunktioner • Tillgång till personal för psykologiskt omhändertagande under och efter särskild händelse • Tillgång till personal för patienttransporter, servicetjänster etc. • Tillgång till personal för omhändertagande av närstående • Uthållighet i bemanning över tid (vid mer långdragna händelser) • Behov av tolk eller annan språklig, religiös eller kulturell kompetens • Risk för bortfall av personal till följd av en särskild händelse • Personalens beredskap att byta arbetsuppgifter eller arbetsplats • Personalens behov av vila och återhämtning
----------	-----------------	--

Personal

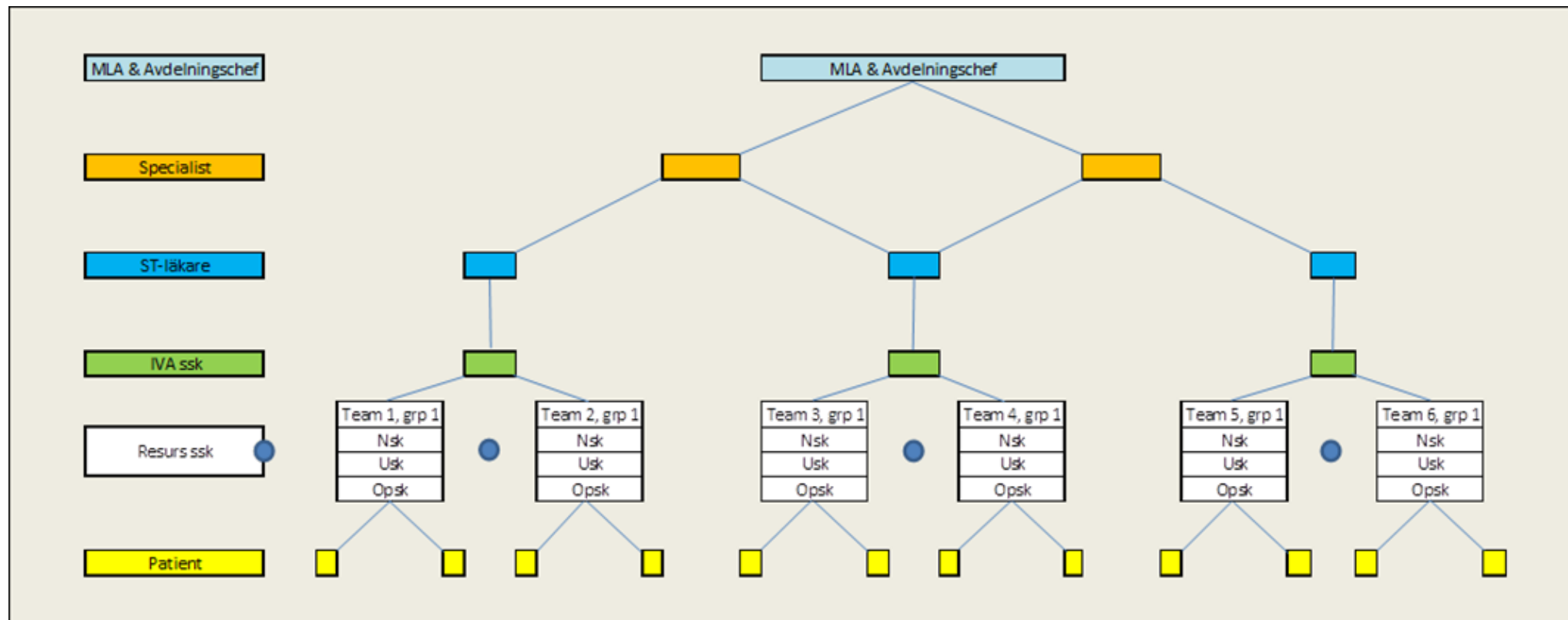
För att säkerställa att tillräckligt med personal med adekvat kompetens finns tillgänglig utifrån behovet i den aktuella situationen, kan exempelvis följande åtgärder övervägas:

- på förhand skapa register av personal att mobilisera vid behov
- erbjuda deltidsarbetande att arbeta heltid
- ställa in ledigheter
- omfördela arbetsuppgifter
- förskjuta eller ställa in utbildningar
- aktivera krislägesavtal
- övertidsarbete, beordring
- rekrytera ny personal
- hyra in bemanningspersonal
- låna in personal från andra delar av vården som inte är lika belastade av den aktuella händelsen
- erbjuda frivilligorganisationer, volontärer och studerande att utföra lämpliga arbetsuppgifter
- kontakta och erbjuda anställning till sjukvårdsutbildade personer som arbetar administrativt, tjänstgör i annan typ av verksamhet, eller är pensionerade
- erbjuda vårdpersonal utbildning inför att sedan utföra arbetsuppgifter som de normalt inte utför
- öka antalet patienter per medarbetare exempelvis genom kohortvård.



Personal och team

- Omfördela anesthesi- och akutpersonal
- Teammodeller med tydliga roller
- Skiftplan och vila/avlösning



L = Lokaler

L	Lokaler	• Tillräckligt med rum/lokalutrymme • Tillgång till rum/lokaler som är funktionella utifrån den särskilda händelsen • Behov av särskilda utrymmen, exempelvis för sanering eller isolering • Behov av utrymmen för avfallshantering • Tillräckligt med utrymme för förvaring av avlidna • Behov av ökad säkerhet för, eller begränsat tillträde till, verksamhetens lokaler • Behov av att utnyttja alternativa lokaler för verksamheten • Utöka och anpassa lokaler för händelsen
----------	----------------	--

Lokaler

För att säkerställa att tillräckligt med lokalutrymme finns tillgängligt utifrån behovet i den aktuella situationen kan exempelvis följande åtgärder övervägas:

- anpassa och ändra användning av befintliga vårdlokaler
- öka antalet patienter per vårdrum, exempelvis kohorttvård
- använda andra ytor för vård, exempelvis matsalar, samlingslokaler, parkeringsplatser
- använda kommersiella lokaler
- använda tältlösningar
- använda tidigare oanvända utrymmen
- flytta vård av patienter till alternativa platser, till exempel hemmet
- använda modullösningar som i förväg finns förberedda och skyndsamt kan ställas på plats i samband med en särskild händelse.
- bygga tillfälliga lokaler
- etablera fältsjukhus.

U = Utrustning

U	Utrustning	Tillräckligt med • Transportresurser och tillhörande utrustning inom prehospital vård och transportmedicin • Britsar, bårar och sängar och tillhörande utrustning • Läkemedel som behövs för den aktuella situationen • Syrgas och andra medicinska gaser • Infusionsvätskor och blodprodukter • Övervakningsutrustning • Ventilatorer, respiratorer, infusionspumpar • Övrig medicinteknisk utrustning utifrån den särskilda händelsen (intubationsutrustning, diagnostik m.m.) • Skyddsutrustning till personal utifrån den särskilda händelsen • Sterilt material • Förbrukningsmaterial • Material för omhändertagande av avlidna • Material som används vid CBRNE-händelser • Utrustning för identifiering och registrering av skadade och avlidna
----------	-------------------	--

Utrustning

För att säkerställa att tillräckligt med utrustning finns tillgänglig utifrån behovet i den aktuella situationen, kan exempelvis följande åtgärder övervägas:

- prioritering och ransonering
- koordinering och omfördelning inom och mellan verksamheter
- bristhanteringsteam mellan verksamheter och sjukhus
- låna in utrustning
- hämta utrustning från organisationer utanför vården
- nyttja utrustning från beredskapslager
- förändrade arbetssätt för att minimera förbrukning
- sätta upp kriterier för användning av bristvaror
- samordnade inköp
- alternativa leverantörer och distributionsvägar.

S = Styrning

S	Styrning	• Adekvat kompetens representerad i ledningsfunktion/särskild sjukvårdsledning utifrån särskild händelse • Nödvändig teknik och rutiner för alarmering, lägesbild, kommunikation och samordning • Rutiner för triagering, prioritering och medicinska inriktningsbeslut • Verksamhet som har övat i tillräcklig utsträckning • Kontinuitetshantering • Rutiner för uppföljning och analys av genomgången händelse • Reservrutiner för störningar och avbrott i försörjning av el, vatten, tele- och datakommunikation etc. • Rutiner för utnyttjande av alternativa utrymmen respektive evakuering
---	----------	--

Styrning

För att säkerställa ledning och styrning och hur nyttjandet av övriga komponenter fungerar utifrån behovet i den aktuella situationen, kan exempelvis följande åtgärder övervägas:

- att upprätta rutiner och avtal för de av ovanstående åtgärder som är relevanta utifrån den aktuella organisationen
- möjlighet att ge vård på distans/via telemedicin
- förändrade rutiner och arbetssätt för att lägga in patienter
- ökad utskrivning av patienter, till exempel hemsjukvård
- att skjuta upp viss vård, till exempel elektiv kirurgi
- att utöka samordning och samverkan inom och mellan regioner
- att utöka samverkan mellan region och kommuner
- beslut och riktlinjer för översyn och uppbyggnad av lokala lager
- omfördelning och fördelningsnycklar
- prioriteringar med indragen eller förskjuten vård
- upprätta rutiner och riktlinjer för transport av skadade
- att ta fram och revidera kunskapsstöd.



Användning av PLUS

Före	Identifiera vilka verksamheter som berörs av scenariot	
	Inventera inför övning	
Scenario	Pröva scenariot mot berörd verksamhet genom övning	
	Identifiera och dokumentera brister utifrån PLUS-strukturen	
	Bedöma verksamhetens förmåga	
Efter	Upprätta och genomföra åtgärdsplan	



Kapacitetsökning enligt PLUS

- 3 grundprinciper
 - Ansvarsprincipen
 - Likhetsprincipen
 - Närhetsprincipen
- 3 tempus
 - I förhand – inventering och planering
 - I händelsen – operativt verktyg
 - I efterhand – utvärdering
- 3 begrepp
 - Kapacitet
 - Begränsning
 - Behov



PLUS i tre tempus

- I förhand
 - som ett inventerings- och planeringsverktyg
- I händelsen (nutid)
 - som ett operativt verktyg för att arbeta med en pågående kris
- I efterhand
 - som ett utvärderingsverktyg för att analysera och lära av en händelse.



Tre begrepp

- Kapacitet – vad kan hanteras utan förstärkning av resurser.
 - ” IVA har åtta platser och just nu har vi sex patienter. Vi kan ta emot tre patienter.”
- Begränsning – identifiera varför kravet ej kan mötas (PLUS)
 - ” Vi har flera sjuka i personalen, vi kan inte öppna alla vårdplatser till natten.”
- Behov – förslag på vad som behövs för att möta kravet (PLUS)
 - ”Får jag in en extra sköterska till natten kan vi öppna ett vårdlag till.”



SVENSKA
INTENSIVVÅRDSREGISTRET
SIR

Kapacitet vs förmåga



Hur använder man PLUS (kapacitet, begränsning, behov)

- P - i förhandsperspektivet
 - Inventera och uppdatera personallistor med en tanke i huvudet: "Vem kan göra vad och hur länge?"
 - Personalkännedom, vilka begränsningar finns
 - Ställ frågan: "Om det blir ett krisläge, vad tror du att Du kan bidra med?"

HUR ANVÄNDER MAN PLUS (kapacitet, begränsning, behov)

- P - i händelsen
 - Fördela rätt personer till rätt uppgift
 - Tänk att ingen kan gör allt men alla kan göra något
 - Fundera på om personalen kan användas på annat sätt än i vardagen (längre pass, fler patienter)
 - Tänk uthållighet redan från första minuten, skapa förutsättningar för återhämtning direkt
 - Ex) ta bara in extra personal som skulle börja ett pass inom 8 h, låt andra stanna hemma

Hur använder man PLUS (kapacitet, begränsning, behov)

- P - i efterhand
 - Kunde man bemanna alla planerade poster?
 - Fanns rätt kompetens för att lösa vissa specifika uppgifter

Hur använder man PLUS (kapacitet, begränsning, behov)

- L - i förhandsperspektivet
 - Ha god kännedom om ALLA lokaler i din verksamhet, men även angränsande
 - Håll dig uppdaterad om lokalförändringar, renoveringar, nybyggnation
 - ”Lek” med tanken hur lokaler kan utnyttjas på annat sätt. Kan jag dubbelbelägga salar? Kan jag utföra en operation på ett mottagningsrum? Hur ska jag omfördela om en lokal blir obrukbar?

HUR ANVÄNDER MAN PLUS (kapacitet, begränsning, behov)

- L - i händelsen
 - Oftast handlar det om att "pressa" lokalerna att utnyttjas till mer än vad man gör i vardagen.
 - Tänk kreativt men realistiskt och rapportera outnyttjade resurser.
 - "Jag har ett dagrum på 35 kvadratmeter, där kan vi ha en samlingsplats för lättare skadade!"
 - " Vi gör omklädningsrummet till en viloplats för personal som inte kan gå hem."

Hur använder man PLUS (kapacitet, begränsning, behov)

- L - i efterhand
 - Räckte lokalerna till för belastningen?
 - Utnyttjades alternativa ytor?

Hur använder man PLUS (kapacitet, begränsning, behov)

- U - i förhandsperspektivet
 - Lagerhållning av läkemedel och utrustning är ofta en svår fråga med nuvarande system.
 - Se till att möta de krav som finns på ex läkemedel dvs 4-6 veckors lager vid normalförbrukning
 - Är det så att Din verksamhet har krav på extralager för beredskap? Ta ansvar för att det finns eller rapportera att det inte är löst!
 - Skapa ett system för att kunna rapportera kapaciteten. ” Jag har 80 doser cefotaxim och två kartonger med tvättset!”

Hur använder man PLUS (kapacitet, begränsning, behov)

- U – i händelsen
 - Använda begreppen kapacitet, begränsning och behov för att tidigt belysa behov av förstärkning av utrustning.
 - Omfördelning av materiel är sannolik – positivrapportera överskott
- U – i efterhand
 - Vilken utrustning eller läkemedel tog slut, vad var svårt att få påfyllt?
 - Överskott/onödigt materiel?

Hur använder man PLUS (kapacitet, begränsning, behov)

- S – i förhandsperspektivet
 - Skapa alternativa ledningsmodeller för ökad belastning – sektorer, medicinsk ansvariga
 - Förutbestäm ledningsplatser, färdiga whiteboards, kartbilder.
 - Kontinuerlig översyn av reservrutiner
 - Träna kommunikation!

Hur använder man PLUS (kapacitet, begränsning, behov)

- S – i händelsen
 - Ändra inte mer än du behöver, försök att jobba så likt vardagen som möjligt
 - Skapa överblick i din sektor och var beredd på att rapportera
 - Använda begreppen kapacitet, begränsning och behov när du rapporterar enligt PLUS
- S – i efterhand
 - Hur funkade kommunikationsvägarna?
 - Fanns det en överblick över hela patientflödet?



Evakueringsplanering

- En framgångsrik IVA-evakuering kräver en tydlig tidslinje
 - inget direkt hot,
 - hot om evakuering
 - genomförande
- och involverar ofta komplex transport av patienter i livsuppehållande behandling.
- Beslutsmandat



SVENSKA
INTENSIVVÅRDSREGISTRET
SIR

Transport





Avveckling och uppföljning

- Gradvis återgång
- Utvärdering och datainsamling
- Rapportering till kvalitetsregister



IVA-katastrof: checklista

- Aktivera katastrofplan
- Utse IVA-ledning
- Samla nyckelpersoner
- Starta triage
- Inventera
respiratorer/syrgas/monitorer
- Inventera lager
- Identifiera expansionsområden
- Omfördela personal
- Dokumentera prioriteringsbeslut
- Utse kommunikationsansvarig
- Planera utvärdering

