



Övergripande kris och katastrofmedicinsk beredskapsplan



Rapport från simuleringsövning "Cecilia" Region Östergötland 2016-11-22

Jenny Pettersson, Heléne Nilsson, Rickard Lundin



Framtagen av: Jenny Pettersson, Heléne Nilsson, Rickard Lundin

Godkänd av: Jan Johansson

Datum: 2017-12-18

INNEHÅLL

Slutsatser	4
Förbättringsförslag	5
Särskild sjukvårdsledning på regional nivå	5
Särskild sjukvårdsledning på lokal nivå samt akutmottagningen, Universitetssjukhuset, Linköping .	5
Särskild sjukvårdsledning på lokal nivå samt akutmottagningen, Vrinnevisjukhuset, Norrköping.....	6
Särskild sjukvårdsledning på lokal nivå samt akutmottagningen, Lasarettet i Motala	6
Övergripande förord till rapporten	6
Inledning/bakgrund	6
Metod	7
Resultat.....	7
Universitetssjukhuset i Linköping.....	7
Lasarettet i Motala (LiM)	8
Akutmottagningen.....	9
Vrinnevisjukhuset i Norrköping (ViN)	10
Särskild sjukvårdsledning	10
Särskild sjukvårdsledning på regional nivå	11
Diskussion	12
Metoddiskussion	12
Resultatdiskussion	13
Sammanfattning	14
Bilaga 1. Lägesbild och dokumentation i loggar över tid	15

SLUTSATSER

För att samlat stärka förmågan för Region Östergötland att hantera olika typer av allvarliga händelser behöver simuleringsövningarna vid de olika sjukhusen alltid kompletteras med andra kunskapshöjande aktiviteter. Dessa behöver ske i anslutning till varje enskilt övningstillfälle, så att kunskaperna direkt kan omsättas, övas och prövas.

De större och årliga regionala övningarna behöver kompletteras med inledande seminariebaserade aktiviteter eller workshops för att övningstillfället ska ge avsedd effekt. För att öka kunskaperna efter en övning behöver tillräckligt med tid skapas så att utvärderingar och genomgångar kan genomföras. Denna modell brukar vara ett mycket uppskattat inslag som upplevs höja också den individuella förmågan att hantera en allvarlig händelse.

För att under en allvarlig händelse säkerställa informationsöverföring, lägesbild och kommunikationsvägar behöver fortsatt utbildning och övning i särskild sjukvårdsledning och stabsmetodik återkommande genomföras på alla nivåer.

Fortsatt implementering av arbetssätt och förhållningssätt i Gemensamma grunder för samverkan och ledning vid samhällsstörningar behövs. Detta förhållningssätt till samverkan och ledning kan ytterligare förstärka förmågan till samordning och inriktning inom Region Östergötland vid alla typer av händelser. Både i planering före, under en händelse och i uppföljning.

Strukturen och rutinen för ledningsdokumentation måste säkerställas för att öka möjligheten till en sammanhållen dokumentation över arbetet i särskild sjukvårdsledning och som stöder en kvalitetssäkrad uppföljning av händelser. Strukturen måste vara lika i samtliga sjukvårdsledningar så att den känns igen och kan sammanföras.

För att säkerställa individens och organisations förmåga behöver utbildningstid och övningstid skapas inom verksamheterna. Utbildad och väl övad personal är en framgångsfaktor. En förutsättning för att kunna rädda liv och optimera de samlade resurserna och säkerställa prioriterade verksamheter är att det finns rätt kompetens inom särskild sjukvårdsledning. Detta behöver vara prioriterat då det även finns en förväntan hos samverkande aktörer, ex Socialstyrelsen, Polismyndigheten och Länsstyrelsen att hälso- och sjukvården/ landstingen kan medverka till en regional och nationell inriktning och samordning.

FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG

Särskild sjukvårdsledning på regional nivå

Särskild sjukvårdsledning på regional nivå behöver återkommande utbildas och övas i olika typer av scenariobaserade övningar. Till exempel masskadesituation- antagonistisk händelse, men också händelser där sjukhusens robusthet och uthållighet prövas, både inom regionen samt när nationella förstärkningsresurser avropas. Utifrån dessa typhändelser kan ett antal förslag på hur regional inriktning och samordning ska skapas tas fram. Detta är av särskild vikt vid större skadeutfall och snabba, eskalerande händelse utvecklingar. Förslagen på inriktningar ska vara beskrivna i planverk och accepterade. Dessa strategier kan sedan testas i olika förmågeanalyser samt utvärderas i övningar.

De olika ledningsnivåerna inom Region Östergötland behöver ha en samsyn på hanteringen av allvarliga händelser och samhällsstörningar. Även om lägesbilden är otydlig och överföringen av information haltar, måste samtliga ledningsfunktioner i särskild sjukvårdsledning kunna arbeta proaktivt och ta nödvändiga ledningsbeslut som stöder fastställda mål.

I denna övning påbörjades inhämtning av underlag för definitiv fördelningsnyckel sent i händelseförloppet. En framgångsfaktor skulle kunna vara att arbeta mer proaktivt med underlag för fördelning av patienter. Underlag till fördelningsnyckel i kombination med gränssättande resurser i primär kirurgi på US gav sämre förutsättningar för optimal fördelning av patienter.

Särskild sjukvårdsledning på regional nivå behöver bli bättre på att arbeta i två tidsperspektiv;

1. Snabb och säkerställd respons som stöder resursmobilisering, prehospital sjukvårdsledning och fördelning av skadade/behov.
2. Strategisk analys och långsiktiga behov av samordning i ett bredare regionalt perspektiv.

Förmågan att tolka och analysera effekterna av en fastställd regional inriktning och samordning behöver tränas och övas. Särskild sjukvårdsledning på regional nivå måste vara tydlig med vad den lokala sjukvårdsledningen på US behöver kunna åstadkomma och vilka tidsramar som gäller. Detta är inte likställt med att regional nivå operativt även ska lösa denna samordning på US utan den uppgiften åligger särskild sjukvårdsledning på US. När personal från verksamheter på lokal nivå ska arbeta i särskild sjukvårdsledning på regional nivå måste de ha god kunskap om vad en regional inriktning och samordning innebär. Samma gäller om Region Östergötland ska stödja med en nationell samordning av brännskadevård.

Särskild sjukvårdsledning på lokal nivå samt akutmottagningen,

Universitetssjukhuset, Linköping

Ett proaktivt arbetssätt kan förbättras genom att höja förmågan att fatta beslut utan en definitiv nulägesbild som beslutsunderlag.

Träna förmågan att tolka och analysera effekterna och konsekvenserna av en fördelningsnyckel som kan ändras över tid.

Tydliggöra mandat mellan traumajour och ledningsläkare i den initiala fasen vid en allvarlig händelse.

Särskild sjukvårdsledning på lokal nivå samt akutmottagningen, Vrinnevisjukhuset, Norrköping

Struktur/rutin för dokumentation i varje funktion bör säkerställas för att öka möjligheten till en sammanhållen dokumentation. Mallen för dokumentation behöver ses över och kompletteras med rubriker från stabsmetodiken.

Mobilnätet internt på ViN måste förbättras som en förutsättning för kommunikation mellan akutmottagningen och särskild sjukvårdsledning. Om inte detta går bör kommunikation ske i RAKEL.

Innebörden av förstärkningsläge behöver tydliggöras för att ge ett bättre stöd för lokal särskild sjukvårdsledning och verksamheterna.

Särskild sjukvårdsledning på lokal nivå samt akutmottagningen, Lasarettet i Motala

En samsyn bör skapas mellan Medicinska Specialistkliniken och Aleris kring verksamhetsspecifika förutsättningar för att kunna bedöma LiMs totala förmåga vid allvarlig händelse.

Om Paratus används i ledningsrummet är det viktigt att stabsmedlemmarna har god kännedom om skillnaden mellan verifieringsrapporter och fördelningsnycklar.

Det behöver tydliggöras hur överlämning mellan initial beslutsfattare och chef lokal sjukvårdsledning ska ske.

ÖVERGRIPANDE FÖRORD TILL RAPPORTEN

Denna utvärdering har tagit alldeles för lång tid att sammanställa. KMC har under året varit överbelastade med flera stora nationella uppdrag som lett till stora undanträngningseffekter. Medarbetare har också slutat sina anställning och nya har rekryterats vilket tvingat fram olika prioriteringar. KMC beklagar att så skett, och kommer att se över sina rutiner för denna typ av uppdrag.

INLEDNING/BAKGRUND

Katastrofmedicinskt centrum har i uppdrag att årligen genomföra övningar för Region Östergötland i syfte att säkerställa en god förmåga att hantera allvarlig händelse. Den 22 november 2016 genomfördes därför övning Cecilia där samtliga sjukhus deltog med utpekade funktioner på akutmottagningarna, särskild sjukvårdsledning på lokal nivå samt TiB och särskild sjukvårdsledning på regional nivå. Det övergripande syftet med övningen var att utvärdera förmågan till inriktning och samordning vid allvarlig händelse genom att utgå ifrån lägesbild, kommunikation samt dokumentation. Målsättningen var att deltagarna efter övningen skulle ha en ökad förmåga att kunna hantera en allvarlig händelse. De skulle följa anvisningarna i den regionala Kris och katastrofmedicinska beredskapsplanen samt sjukhusens lokala katastrofplaner. Ledningsarbetet utvärderades med stöd av mätbara kvalitetsindikatorer som finns i dessa planer.

Övningen genomfördes i realtid från kl. 10.45- 12.45 tisdagen den 22 november. Händelsen som övningen baserades på utspelade sig i höjd med Lingham, Linköpings kommun och innefattade en allvarlig tågolycka med stort skadefall.

Övande aktörer:

Katastrofmedicinskt Centrum

581 85 Linköping

Telefon: 010-103 35 69

Telefax: 010-103 29 10

E-post: KMC@regionostergotland.se

Diarienummer: KMC-2017-00081

- TiB/Särskild sjukvårdsledning på regional nivå (befann sig på KMC)
- Särskild sjukvårdsledning samt akutmottagning VIN (befann sig på VIN)
- Särskild sjukvårdsledning samt akutmottagning US (befann sig på US)
- Särskild sjukvårdsledning samt akutmottagning LiM (befann sig på LiM)

METOD

Övningsdagen delades in i två moment; scenario 1 och scenario 2. Första momentet genomfördes som en workshop med syfte att i lugnt tempo få en genomgång av organisation, roller, mandat samt larmvägar vid allvarlig händelse och förhöjt beredskapsläge på sjukhus. Scenario 1 var en skolskjutning på Hällaskolan Borensberg.

Scenario 2 var en tågolycka i höjd med Lingvallen i Linghem och genomfördes som en funktionell simuleringsövning med motspel. Syftet med motspelet var att skapa en fiktiv miljö som i så hög grad som möjligt skulle efterlikna den verkliga världen. Det motspel som var riktat mot den regionala nivån fanns på plats på KMC och inkluderade skadeplatsens sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig. På respektive sjukhus fanns det motspel som skulle besvara på lokala frågor gällande till exempel vårdplatser och operationsprogram. Särskild sambandslista användes.

Övningsdeltagarna utvärderades med hjälp av mätbara kvalitetsindikatorer. En utvärderare fanns på plats på varje akutmottagning samt i ledningsrummen för lokal och regional särskild sjukvårdsledning.

Scenario 2 visualiserades och utvärderades på KMC med hjälp av simuleringsverktyget Emergo Train System®. Patienterna till scenariot hämtades ur ETS – traumabank. Övningsledaren befann sig under övningen på KMC. Kontakt med utvärderare på respektive sjukhus etablerades via Skype för att bl.a. säkerställa att patientflödet (ETS-patienterna) från skadeplats visualiserades på respektive sjukhus i rätt tid.

En skillnad i utförandet av övning Cecilia i förhållande till de övningar som tidigare genomförts för Region Östergötland av KMC, var att samtliga sjukhus och regional nivå samödade. Tidigare har varje sjukhus övats var för sig och särskild sjukvårdsledning haft ett eget övningstillfälle. Den kommunikation som skulle uppstått mellan nivåerna har skett via motspel. Vid övning Cecilia valdes därför en gemensam och lite större övning för att kunna utvärdera kommunikation, lägesbild, helhetssyn och proaktivitet. Viktiga gemensamma termer och begrepp som lyfts fram av Gemensamma grunder för samverkan och ledning (MSB 2015) och som nu även ska implementeras och omsättas, finns med som en del i övningsutvärderingen.

RESULTAT

Universitetssjukhuset i Linköping

I övningen var det akutmottagningens ledningsansvariga sjuksköterska som först tog emot larmet om tågolycka i höjd med Linghem. Detta vidarebefordrades omedelbart till traumajouren. Diskussion kring behov, mandat och ansvar försenade effektivering av traumalarmet något, men efter klagörande etablerades ett gott samarbete mellan traumajour och ledningsläkare där traumajouren ansvarade för flödet från olyckan och ledningsläkaren för ordinarie flöde av akutpatienter. Ledningsansvarig sjuksköterska informerade egen personal genom att samla dem via sökarsystemet

på display, vilket möjliggjorde en tidig information till egen personal. Arbetet med att skapa mottagande team påbörjades omedelbart och en tydlig dialog fördes angående de begränsade resurser så som operationskapacitet och röntgenkapacitet.

Efter larmet om tågkrasch i höjd med Lingham togs beslut om ett katastrofläge på US. Detta fattades av traumajouren och omvärderades senare av chef lokal sjukvårdsledning vid den första informationen. Katastrofläget kvarstod under hela övningen. Under övningen var den särskilda sjukvårdsledningens fokus till stor del att skapa en nulägesbild över vilka patienter som förts till US samt var de befann sig i akutkedjan. Detta blev en helt styrande arbetsuppgift för staben och arbetet med att skaffa fram dessa fakta upptog flera stabsmedlemmar under hela övningen. Konsekvenserna av detta arbetssätt innebar bland annat en svårighet att arbeta strategiskt med ett proaktivt förhållningssätt gällande omfallsplanering.

Vid den första stabsorienteringen som hölls 35 minuter efter att larmet nått US var lägesbilden tågolycka med 100 drabbade. 1/3 av området var genomsökt och fördelningsnyckeln till US var 7 röd- och 5 gulprioriterade patienter. Målet var *"att ta hand om tilldelade prio 1 på bästa sätt"* och Inriktningsbeslutet att *"skapa resurser, skapa vårdplatser på IVA och fler operationssalar och akutteam"*.

Utvärderingen av särskild sjukvårdsledning på lokal nivå, US visar på ett godkänt resultat där det viktiga beslutet om beredskapsläge fattades omedelbart. Inriktningen blev att resursförstärka i hela akutkedjan. Omhändertagande av patienterna skulle också ske på *"bästa sätt"*.

Beslutsfattare på respektive enhet inom hela akutkedjan utsågs och kontaktvägarna säkerställdes till den särskilda sjukvårdsledningen och funktionen insatsledning. Då stort fokus initialt blev att skapa operationskapacitet och inventera antal intensivvårdsplatser rapporterades det som första lägesbild från US. Svårigheten var framförallt avrapporteringen till regional nivå och vad som i det läget var gränssättande. Denna lägesbild upplevdes som svårt att bedöma utan att riktigt veta om hur många skadade eller andra drabbade som US tagit emot.

Stabsmetodikerna visade också på ett godkänt resultat där styrkorna identifierades i tydliga ledningsroller, stabsarbetsplan som visualiserades samt en tydlig struktur under stabsorienteringarna.

Gällde material identifierades infusioner som en begränsning på akutmottagningen. Oklarheter uppkom hur och var läkemedel fanns att rekvirera, framförallt under jourtid. I samverkan med särskild sjukvårdsledning på lokal nivå fördes en dialog om att utöka akutmottagningens lokaler samt var och hur krisstödmottagandet skulle organiseras.

Lasarettet i Motala (LiM)

Det första beslut som fattades av anestesijour efter kontakt med ledningsansvarig sjuksköterska var att etablera stabsläge för att kunna följa händelseutvecklingen. När beslutet omvärderades till förstärkningsläge samlades den särskilda sjukvårdsledningen i ledningsrummet. De övertog då ledningen från anestesijour och ledningsansvarig sjuksköterska som kunde fokusera på arbetet på akutmottagningen. Överlämningen av det så viktiga ledningsansvaret uttalades dock inte och upplevdes därför som otydlig. När stabsmedlemmarna anlände till ledningsrummet visste alla sina funktioner och hade givna platser med telefonnummer. Samtliga började arbeta utifrån sina funktioner och åtgärdskalendrar och fick även tilldelade enskilda uppgifter av chef lokal sjukvårdsledning. Första stabsorienteringen hölls ca 15 minuter efter beslut om förstärkningsläge.

Särskild sjukvårdsledning på lokal nivå meddelade särskild sjukvårdsledning på regional nivå att de var i katastrofläge. Detta uppfattades dock av regional nivå som förstärkningsläge. Vid första stabsorienteringen är uppfattningen om fördelningsnyckel till LiM 1 röd, 5 gula och 20 gröna patienter. Insatsledningen arbetade uppdelat på Aleris och Medicinska specialistkliniken vilket bidrog till svårigheter att skapa en samlad lägesbild och analys över kapacitet för LiM.

Två sekreterare var utsedda att sköta dokumentationen. De delade arbetet så att den ena ansvarade för dokumentation i loggbok, vilken inte visualiserades, och den andra ansvarade för att följa Paratus för att se inkommande patienter.

Underlag till pressmeddelande skickades till särskild sjukvårdsledning 90 minuter efter larm och löd; *Efter tågolyckan mellan Linköping och Norrköping har LiM i uppdrag att ta emot 2 allvarligt skadade, 15 måttligt skadade och 20 lindrigt skadade. Sjukhuset har kapacitet att ta hand om dessa patienter. Anhöriga uppmanas kontakt anhörigupplysningscentralen tel: XX i första hand.*

Kvalitetsindikatorerna för särskild sjukvårdsledning på lokal nivå visade på ett resultat långt över godkänt. Snabb värdering av informationen ledde till beslut om beredskapsläge och inriktning och samordning för akutmottagningen och sjukhusets övriga verksamhet. Kontaktvägar inom sjukhuset etablerades och underlag angående kapacitet och resurser lämnades till regional nivå inom 15 minuter. Den särskilda sjukvårdsledningen skapade informationsunderlag och rapporterade gränssättande resurser till regional nivå inom utsatt tid. De indikatorer som drog ner poängen något var första information till egen personal, bedömning av uthållighetsförmågan och personal samt påverkan på egen verksamhet på kort och lång sikt samt avsaknad av omfallsplanering.

Kvalitetsindikatorer för stabsmetodik visade på ett resultat under godkänd nivå. Stabsarbetet präglades av tydlig funktionsindelning med funktionsspecifika telefonnummer och tydliga ledningsroller. Introduktion av stabsmedlemmar skedde och underlag till pressmeddelande lämnades till särskild sjukvårdsledning på regional nivå. Anledningen till att poängen drogs ned var bland annat att stabsmetodiken inte nyttjades fullt ut. Till exempel saknades stabsarbetsplan, samverkansplan och målbild samt att dokumentationen inte visualiserades. En förklaring till detta kan vara att stabschefen inte ännu hade genomgått stabmetodikutbildning.

Akutmottagningen

Kvalitetsindikatorer för akutmottagningens arbete under övningen visade på ett resultat långt över godkänt. Larmet vidarebefordrades till anestesijour omgående och beslut om beredskapsläge och aktivering av katastrofplanen skedde inom fem minuter. Första information till egen personal och etablering av kontaktvägar med särskild sjukvårdsledning skedde samtidigt som mottagande team skapades efter resurser och behov. Detta i samverkan mellan ledningsansvarig sjuksköterska och ledningsläkaren. Beslut att utföra triage enligt rutin togs och ansvariga för ordinarietflöde inom utsatt tid. Analys av behovet att utöka akutens lokaler till att även använda jourcentralens gjordes och kommunicerades med särskild sjukvårdsledning. Även frågan angående behov av material i form av gips, suturset och sprutor ställdes till särskild sjukvårdsledning. Bra dialog mellan akutmottagningen och krisstödssamordnare i särskild sjukvårdsledning ledde till en plan för krisstödsinsatsen på LiM, som var känd för akutmottagnings personal. Vad gäller rapportering av gränssättande resurser diskuterades vilken förmåga LiM har gällande att ta emot ett stort antal gula patienter. Oklarheter rådde om akutmottagningen hade möjlighet att aktivera ett traumalarm och hur rutinen för traumalarm såg ut.

Vrinnevisjukhuset i Norrköping (ViN)

Särskild sjukvårdsledning

Vid larm från ledningsansvarig sjuksköterska om allvarlig händelse togs beslut om stabsläge omedelbart vilket sedan omvärderades till förstärkningsläge efter ytterligare kontakt med akutmottagningen. Viss okunskap rådde vad förstärkningsläge innebar för hela sjukhuset men fokus var nu att detta beslut skulle gälla för inriktning och samordning av akutkedjan. Prioriterade uppgifter initialt var att lämna underlag till regional nivå vilket gjordes efter inventering och bedömning av akutmottagningens, operationsavdelningens och intensivvårdsavdelningens resurser. Avrapportering av lägesbild och gränssättande resurser till regional nivå gjordes men frustration uppstod då lokal sjukvårdsledning inte kände sig tillfredsställda med den information de fick från regional nivå angående lägesbild från skadeplats. Man saknade information om typ av olycka, tåg vilket gjorde att den särskilda sjukvårdsledningen inte ansåg sig kunna bedöma förväntat skadeutfall och dess påverkan på verksamheterna på ViN på längre sikt.

Kvalitetsindikatorer för särskild sjukvårdsledning på lokal nivå ViN visar på ett resultat långt över godkänd nivå. De svagheter som identifierades utifrån indikatorerna var skapande av informationsunderlag vilket då även ledde till en avsaknad av information till egen personal.

Vad gäller stabsmetodik visade kvalitetsindikatorerna på ett resultat strax under godkänd nivå. Den särskilda sjukvårdsledningen hade tydliga ledningsroller med stabschef, dock saknades en tydlig funktionsindelning med funktions specifika telefonnummer av resterande funktioner. Stabsorienteringarna hade en tydlig start och struktur men tenderade att dra ut på tiden och sluta som allmän diskussion. Stabsarbetsplan dokumenterades och visualiserades på whiteboardtavlor men fördes inte ner i ytterligare dokumentation. Strukturför att föra in arbetet i dokumentationen saknades vilket ledde till att sekreterarna upplevde en frustration i vad som skulle dokumenteras i loggen och vad som redan fanns dokumenterat i respektive funktion och i stabsarbetsplan. Målbild formulerades och omvärderades vid varje stabsorientering. Vid slutet av övningen var målbilden "att klara det akuta flödet". Försök till en så kallad omfallsplanering gjordes men den upplevda bristen på information gjorde att den inte utfördes då det från regional nivå saknades information avseende lägesrapporter från sjukvårdsledare i skadeområdet. Samverkansbehovet analyserades inte på ett strukturerat sätt, det lyftes aldrig och samverkansplanen kom aldrig upp på väggen i stabsarbetet. Man uppfattade att all information internt och externt skulle skötas på regional nivå, vilket medförde att man inte gjorde någon informationsplan.

Akutmottagningens resultat utifrån kvalitetsindikatorer hamnade på långt över godkänd nivå. Initialt avvaktade ledningsansvarig sjuksköterska (LS) med att vidarebefordra informationen i händelselarmet. Men efter att TiB bekräftat allvarlig händelse i Paratus vidarebefordrades larmet omgående till kirurgbakjouren som fattade beslut om stabsläge på ViN. LS tar genast fram åtgärdskalender och följer den samtidigt som traumalarm aktiveras. Analysen som gjordes visade att de förmodligen kommer få ta emot patienter. När kirurgbakjouren anländer till akutmottagningen omvärderas beslut om beredskapsläge till förstärkningsläge. Chef lokal sjukvårdsledning tar tydligt över ansvaret och tar emot rapport enligt strukturen; Hänt, Gjort, Vad bör göras. Arbetet på akutmottagningen fokuserade på att skapa mottagande team och planera för att separera det ordinarie flödet från trauma-flödet från tågolyckan. Den så kallade Lean-tavlan användes av LS för dokumentation och fanns som underlag för information till egen personal. Försök till att etablera kontakt med särskild sjukvårdsledning gjordes upprepade gånger utan framgång. Upplevelsen på akutmottagningen var att de frågade utan att få svar initialt. Vid kontakt rapporterades resurser och

behov av anestesiläkare på akutmottagningen samt fortsatt behov av operationskapacitet och vårdplatser på intensivvårdsavdelningen.

Särskild sjukvårdsledning på regional nivå

Händselarmet når TiB, som bevakade händelsen, och fattade beslut om allvarlig händelse då sjukvårdledarens Genom Vindrutan Rapport lämnas i Paratus. Beslut om förstärkningsläge på regional nivå tas och fördelningsnyckel kommuniceras som 7 röda till US och 3 röda till ViN. Sjukvårdsgrupp larmades en från US och en från ViN till skadeplatsen. 25 minuter efter larmet var särskild sjukvårdsledning på plats i ledningsrummet och första stabsorienteringen hölls. Lägesbilden under stabsorienteringen var att en tågolycka inträffat med urspårning av fem vagnar och många svårt skadade. Fördelningsnyckel var kommunicerad till skadeplats och mottagande sjukhus och löd 6 röda och 6 gula till ViN, 14 röda och 10 gula till US och 5 gula och 20 gröna till LiM. Inriktningen var att etablera resurser för avtransport till mottagande sjukhus. Behov av att ta kontakt med angränsande län identifierades och ansvarig för detta utsågs, vilken omedelbart påbörjade arbetet. Uppfattningen i staben var vid detta läge att de hade en klar bild över vad som inträffat.

Inom 30 minuter efter larm fanns en presskommuniké hos växeln och samma information lades ut på LISA.

Medicinskt inriktningsbeslut fattades 45 minuter efter larmet om olyckan och kommunicerades via Paratus som *"snabb avtransport, inga intubationer i skadeområdet"*. Efter ytterligare 10 minuter kompletteras det medicinska inriktningsbeslutet med *"ingen HLR i skadeområdet"*.

Samverkan initieras inom 60 minuter med aktörer inom Samverkan Östergötland genom att sammankalla Östgöta TiB grupp med syfte att sprida information och framföra gränssättande resurser och samverkansbehov.

Planering för gemensam presskonferens med räddningstjänsten och polisen planerades under stabsorienteringen som hölls 90 minuter efter att olyckan skett. Lägesbilden under stabsorienteringen var en slutsiffra på 30 röda, 18 gula och 18 gröna patienter där US fått ta det största ansvaret vid fördelningen av patienter. Hjälpen från Sörmland var efterfrågad och helikopterresurser var på väg. Gränssättande resurser i detta läge identifierades som primär kirurgi på US. Inriktningen vid denna tidpunkt var att *"avlasta US och ordna primära och sekundära operationer i angränsande län. Likaså gällande transporter"*.

En timma och 45 minuter efter olyckan genomfördes en samverkanskonferens med de tre sjukhusen på initiativ av särskild sjukvårdsledning på regional nivå. Syftet var att skapa en gemensam lägesbild och inriktning för det fortsatta arbetet. Punkterna på agendan var lägesbild, planering närmaste 2 timmarna, resurser, utmaningar och förmågor under det närmaste dygnet. Regional nivå avrapporterade arbetet med att skapa primära och sekundära transportresurser och hjälp från angränsande län.

LiM rapporterade att de tagit emot 20 gröna patienter, 5 gula och en röd prioriterad patient och väntade på ytterligare en röd patient. De rapporterade att den andra rödprioriterade patienten skulle de inte kunna ta emot då de skickat anestesiläkarkompetens till skadeområdet med sjukvårdsgrupp vilket nu gjorde att anestesiläkare var en gränssättande resurs på LiM. Uthålligheten på LiM vad gällde intensivvårdsplatser till de två röda som opererats där bedömdes som ett dygn.

US rapporterade att de skulle få ta emot 14 rödprioriterade patienter och 16 gulprioriterade. Det var dock oklart i detta läge hur många de tagit emot men bedömningen var att de hade kapacitet att ta

emot fler röda då lediga operations-salar och respiratorplatser fanns att tillgå. Den gränssättande resurser i detta läge ansågs vara bemanningen.

ViN rapporterade att de tagit emot 5 röda och bedömde förmågan att klara sitt uppdrag enligt fördelningsnyckel då de hade 11 tillgängliga respiratorplatser.

Beslut som fattades under samverkanskonferensen var att ViN fick i uppdrag att stödja LiM med anestesiläkarkompetens samt att fortsätta med arbetet att avlasta operationsavdelningen på US genom att skicka patienter till angränsande län.

Ny videokonferens med sjukhusen planerades till eftermiddagen.

Kvalitetsindikatorer för särskild sjukvårdsledning på regional nivå hamnade på en klart godkänd nivå där den initiala responsen med att värdera och ta beslut om allvarlig händelse, beredskapsläge på regional nivå, extraresurser till skadeområde och beslut om mottagande enheter, kontakt med skadeområdet och preliminär fördelningsnyckel effektuerades inom 10 minuter. De svagheter som identifierades utifrån indikatorerna var arbetet med att efterfråga och skapa underlag till definitiv fördelning av drabbade påbörjades sent i händelseförloppet vilket ledde till svårigheten att skapa en gemensam lägesbild för sjukvården.

Indikatorerna för stabsmetodik visade ett resultat över godkänd nivå där tydlighet i funktionsindelning och tydliga ledningsroller som chef och stabschef fanns representerade. Under övningen hölls tre stabsorienteringar med uttalade och dokumenterade syften. Whiteboardtavlor användes för visualisering av arbetet och dokumentation fördes i logg. Dokumentationen på whiteboardtavlor i form av stabsarbetsplan framstod som något ostrukturerad men dokumentationen i loggboken ger mer tydlig bild av hur arbetet fortskred och vilka beslut som fattades.

Samverkansbehov identifierades men oklart om samverkansplan dokumenterades och visualiserades. Det samma gäller informationsbehov och informationsplan. Omfallsplanering pågick under övningen och specifika funktioner i staben hade detta som primär uppgift.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Övningsdagens första moment var en workshop som leddes av representant från KMC i syfte att skapa en gemensam kunskap om den egna organisationen, roller, mandat samt larmvägar vid allvarlig händelse och förhöjt beredskapsläge på sjukhus. Momentet var mycket uppskattat och de synpunkter som framkom var bland styrkan av att få möjlighet att bygga på och repetera sina kunskaper vad gäller begrepp, larmvägar och funktioner innan den "riktiga" övningen.

Övningens andra moment var en simuleringsövning där alla övade aktörer agerade och interagerade med varandra i realtid. Detta skapar en miljö så nära verkligheten som möjligt när det gäller att generera en lägesbild och framförallt kommunicera den till berörda. Då syftet med övningen var just att utvärdera förmågan till inriktning och samordning inom Region Östergötland vid allvarlig händelse genom att studera beståndsdelarna lägesbild, kommunikation och dokumentation var detta en passande metodik där så lite fiktivt motspel som möjligt användes.

En svårighet med att använda denna metodik är dock att den är mycket resurskrävande och ställer stora krav på övningsledning och förmågan till utvärdering. Övningsledningen ansvarar för att

övningen framskrider i takt med hur deltagarna agerar samt att de som deltar också håller sig till övningsreglerna. Åsikter kring det andra momentet framkom att det var ett troligt scenario med tanke på pendlingsituationen i länet och att det var bra med samövning där alla särskilda sjukvårdsledningarna i regionen deltog. Ett flertal synpunkter uppkom kopplat till genomförandet av övningen.

Kommentar 1: Under övning Cecilia kontaktades kirurgbakjouren i skarp miljö vilket är mycket olyckligt. En anledning till detta skulle kunna vara att övningsledningen på plats var för undermåligt dimensionerad för uppgiften. KMC ansvarar här för att i framtiden kvalitetssäkra motspel och övningsupplägg så att detta inte ska kunna hända igen.

Kommentar 2: I övningen fick de som primärt övades parallellt undervisa andra stabsmedlemmar som saknade kunskaper om särskild sjukvårdsledning, dess uppdrag och initiala uppgifter i en allvarlig händelse. Detta gjorde att övningen inte kunde utvärderas på det sätt som det var tänkt.

Resultatdiskussion

Resultatet från övningen Cecilia visar på att det finns en god förmåga i Region Östergötland att ta emot larm, värdera uppgifterna, initiera och samordna det inledande arbetet vid en allvarlig händelse både på regional och lokal nivå.

De mätbara bedömningskriterierna för särskild sjukvårdsledning på regional samt lokal nivå visar på ett godkänt resultat för samtliga särskilda sjukvårdsledningarna. Arbetet i de särskilda sjukvårdsledningarna på lokal nivå hade hela tiden ett tydligt fokus på behov kontra resurser på sjukhus och fokuserade sin samordning utifrån detta underlag. Inriktning för särskild sjukvårdsledning på regional nivå var att säkerställa resurser i skadeområdet, transportresurser samt att samordna mottagande enheter. Genom att besluta om dessa inriktningar arbetade de särskilda sjukvårdsledningarna i linje med gällande planverk som finns för katastrofmedicinsk beredskap i Region Östergötland.

Information och samverkan var också i fokus för den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå genom arbetet med att skapa informationsunderlag för extern och intern informationsdelning samt initiering av samverkansmodellen Samverkan Östergötland.

För att kunna utvärdera ledningsarbetet och att kvalitetssäkra ledningsprocesserna behövs en bra och tydlig dokumentation. I dokumentationen från övningen har besluten, inriktningar och underlag till lägesbilden varit svåra att hitta och det har även varit svårt att identifiera inhämtning och delgivning utifrån inventering av resurser

Övningen visade på att ledningsfunktionerna på akutmottagningarna har ett systematiskt arbetssätt. De olika åtgärdskalendrarna följdes som stöd för den initiala förberedelse och inriktning av arbetet och ledningsuppbyggnad som finns i planerna. Svårigheterna som identifierades var kommunikationen av rådande lägesbild från akutmottagningen till den särskilda sjukvårdsledningen på lokal nivå. Svårighet i kommunikation kan till viss del bero på övningsmiljön som inte möjliggör förmedling av lägesbild över akutmottagningen till särskild sjukvårdsledning via Cosmic's akutliggare. Vid ett skarpt läge finns möjlighet att bevaka patientflödet både via Paratus som ger information om inkommande/anlända patienter och Cosmic's akutliggare som ger information om patientflödet internt på akutmottagningen men även in i akutkedjan. Förberedda mallar för hur denna delade lägesbild ska skapas behöver dock tas fram.

SAMMANFATTNING

Region Östergötland har en god förmåga att hantera allvarliga händelser. Särskilt om det finns tid i inledande skedet att samordna med lokal nivå. I en händelse med snabbt inkommande svårt skadade patienter där alla sjukhusen aktiveras direkt, behöver samtliga vara införstådda med vad den regionala samordningen syftar till utifrån ett helhetsperspektiv. Även om lägesbilden är, och kommer kanske alltid inledningsvis vara, haltande, behöver man införa ett mer proaktivt arbetssätt, med en bred perspektivförståelse för vad andras verksamheter förväntar sig utav en regional samordning i en allvarlig händelse. Risk- och förmågeanalyser ska ligga till grund för fastställda inriktningar och mål att använda vid allvarlig händelse och stora skadeutfall. Lärdomar från dessa analyser ska vara nedskrivna i de katastrofmedicinska beredskapsplanerna, vara kommunicerade samt accepterade och övade inom hela den katastrofmedicinska beredskapsorganisationen i Region Östergötland.

BILAGA 1. LÄGESBILD OCH DOKUMENTATION I LOGGAR ÖVER TID**Första halvtimmen****Skadeplats***Genom Vindrutan Rapport*

Misstänkt Allvarlig händelse: JA

Exakt lokalisation: Lingsheden fotbollsplan

Typ av händelse: Tågolycka

Hot/risk: Strömförande ledningar

Ankomstväg-hinder: Nej

Numerär av drabbade: 100

Extra resursbehov: 25 ambulanser, 2 sjukvårdsgrupper

Verifieringsrapport 1/3

Misstänkt Allvarlig händelse: JA

Exakt lokalisation: Lingsheden fotbollsplan

Typ av händelse: Tågolycka

Hot/risk: Strömförande ledningar

Ankomstväg-hinder: Nej

Numerär av drabbade: 100 Röda: 15 Gula: 1 Gröna: 14

Extra resursbehov: 25 ambulanser, 2 sjukvårdsgrupper och 1 sjukvårdskärra

Särskild sjukvårdsledning regional nivå

SORI: Etablera resurser för avtransports mottagande sjukhus. US i katastrofläge, LiM förstärkningsläge, ViN ?

Händelse: Tågolycka utanför Lingshem, 5 vagnar, 15 personer lämnat vagnarna, ännu ej tillträde. Fördelningsnyckel ViN 6 röda och 6 gula, US 14 röda, 10 gula. LiM 5 gula och 20 gröna.

Förstärkt med en sjukvårdsgrupp från varje sjukhus. (OBS! Oklart dokumenterat)

I närheten av Lingshems VC, vi avvaktar med hur vi använder den. Klar bild över läget. Kolla upp begränsningar i transport och avstånd.

Kommunikatör: Intern information bör gå ut snarast på Lisa. Presskommuniké som kollas av innan den går ut av stabschef.

Krisstöd: US etablerat krisstöd. Etablera kontakt med övriga sjukhus.

ACIB: Kontaktar SOS alarm och driftjourerna på Falck och Premedic.

Säkerhet: Kontakta sjukhusen och kolla upp vilka resurser som behöver samordnas.

Nästa stabsgenomgång 11:35

Katastrofmedicinskt Centrum

581 85 Linköping

Telefon: 010-103 35 69

Telefax: 010-103 29 10

E-post: KMC@regionostergotland.se

Diarienummer: KMC-2017-00081

Särskild sjukvårdsledning lokal nivå Universitetssjukhuset i Linköping

CLSL etablerar kontakt med TiB får information tågolycka i Lingham med cirka 100 drabbade. Beslut om fortsatt katastrofläge på US. CMIT samordnar åtgärder genom att stoppa pågående arbete, återställer medicinteknisk apparatur och försätter CMIT i förhöjt läge. Säkerhet förväntar ett stort antal anhöriga vilket leder till att de stärker upp väktarresurser, 4 väktare på plats inom 20 min

Särskild sjukvårdsledning loka nivå Vrinnevisjukhuset i Norrköping

Ingen dokumentation i logg

Särskild sjukvårdsledning lokal nivå lasarettet i Motala

Stabsorientering: Förstärkningsläge/Katastrofläge. Inventering av platser. Inga nya operationer startas. Inriktning för krisstöd är att avvakta hur samordning av krisstöd sker med POSOM via regional nivå. Kontakt med sjukvårdsledning på regional nivå och meddelar Katastrofläge på LiM och möjlighet att ta emot en röd med operationsbehov om 30 minuter.

Andra halvtimmen**Skadeplats**

Verifieringsrapport 2/3

Misstänkt Allvarlig händelse: JA

Exakt lokalisation: Linghamen fotbollsplan

Typ av händelse: Tågolycka

Hot/risk: Strömförande ledningar

Ankomstväg-hinder: Nej

Numerär av drabbade: 100 Röda: 24 Gula: 7 Gröna: 14

Extra resursbehov: 25 ambulanser, 2 sjukvårdsgrupper och 1 sjukvårdskärra

Särskild sjukvårdsledning regional nivå

Medicinskt inriktningsbeslut: snabb avtransport inga intubationer i skadeområdet

Information från CRSL:

Väntar på helikopterhjälp, Sörmland och Jönköping tar 6 patienter var oavsett prio.

Platsläge:

US Katastrofläge 6 IVA, 3 op

LiM i Katastrofläge 33 vpl, 1 op

Stabsorientering: Se till så att vi kommit igång med arbete på respektive funktion.

TiB: Brist på transport, ACIB jobbar på helikopterhjälp. 2/3 är genomsköta.

Katastrofmedicinskt Centrum

581 85 Linköping

Telefon: 010-103 35 69

Telefax: 010-103 29 10

E-post: KMC@regionostergotland.se

Diarienummer: KMC-2017-00081

CRSL: Tillgång till skadeområde, 14 röda.

US håller på att uppgradera sin resurs, omgående 4 st.

LIM 33 vpl, uppgradera inom 6 timmar med ytterligare 10 vpl. 3 lediga op salar. Frakturkirurgi.

Medicinskt inriktningsbeslut gäller som tidigare med tillägg att ingen HLR i skadeområde.

2/3 genomsökt, målbild som är prel. prognos i skadeområde tror vi kommer vara 30 röda, 10 gula, 20 gröna

Fördelningsnyckel:

- 6 röda 6 gula ViN,
- 14 röda 10 gula US,
- 20 gröna 5 gula LiM.

CRSL tar kontakt med resp. sjukhus för att se till att vi har en gemensam lägesbild.

Kommunikatör: Presskommuniké gick ut 11.35 och samma information går ut på LISA nu. Kontakt med ledningarna och informerat om samma saker mail väg. Ett externt pressmeddelande som ska mailas ut.

Krisstöd: Krisstöd är etablerat på samtliga sjukhusen. Diskussioner om man ska kalla in lokala POSOM grupper.

ACIB: SOS meddelar om att prio 1 ska köras. Jobbar vidare med helikopterhjälp. Driftjourer är kontaktade och kan inom 45 min få fram 5+6 ambulanser, totalt 11 ambulanser.

ACIB samtal från SOS. 4 helikoptrar på väg från Stockholm 53 min. Gotland 75 min, VG 90 min, Dalarna 140 min.

Säkerhet: Kontakt med Securitas som rekvirerat väktare till alla sjukhus.

Info från ViN att de kan ta 8 röda, eventuellt omfördelning.

Nästa stabsgenomgång 12:15 Videokonferens med stabschef, CRSL, TiB och dokumentation 12.30

Särskild sjukvårdsledning lokal nivå Universitetssjukhuset i Linköping

Stabsorientering:

Tågolycka, 100 drabbade, 25 ambulanser, ej till hela området 1/3

Fördelningsnyckel 7 röda 3 gula

3-4 lediga operationssalar 4 + 2 respiratorplatser, 5 kirurger till akuten

Omfallsplan – 200 drabbade?

Inriktningsbeslut

Ta hand om prio 1, livshotande tas till operation

Katastrofmedicinskt Centrum

581 85 Linköping

Telefon: 010-103 35 69

Telefax: 010-103 29 10

E-post: KMC@regionostergotland.se

Diarienummer: KMC-2017-00081

Prioritera normalflödet på akuten US

Mål: Ta hand om tilldelade prio 1 på bästa sätt

Skapa resurser flera vårdplatser på IVA och fler op.salar, akutteam

Ny Fördelningsnyckel:

14 röda och 16 gula

Pressmeddelande skickas ut av RSL, Veolia arbetar med driftbemanning, pågående underhåll avbryts där det är möjligt. CMIT inventerar respiratorer på US- 5 stycken skickas till post-op, Inventering av vårdplatser

Särskild sjukvårdsledning loka nivå Vrinnevisjukhuset i Norrköping

Ej starta ytterligare elektiv operativ verksamhet. Skicka alla icke IVA-krävande pat från IVA. Bemanna akuten med 7 team, 5 op. salar för händelsen.

Första patienten anländer in. Fler operatörer behöver kallas in. Fortfarande förstärkningsläge. Kaos på platsen. Mat och dryck till ledningsrum beställs. Klarar vi beredskapen? 7 team på akuten, fem narkosläkare. Krisstöd och anhörigupplysning ordnas fullt bemannade om en timma. Kalla in fler sjuksköterskor till akuten, operatörer, IVA, operation.

Särskild sjukvårdsledning lokal nivå lasarettet i Motala

SORI: 1 röd, 5 gula och 20 gröna till LiM. Krisstödspersoner rings upp. Inventering visar gott om platser på Medicinavd. MIMA behöver inventeras. Aleris ställer in alla operationer. Begäran om sjukvårdsgrupp har kommit, anestesijuksköterska larmas. Inriktning för lokalt krisstöd. Samordning regional sjukvårdsledning/POSOM.

SORI: 2 röda, 15 gula och 20 gröna till LiM. Pressmeddelande om upplysningscentralen går ut. Fler narkosläkare behövs. Inga patienter från olyckan har kommit till LiM än. Inventering av ventilatorer visar att 3 finns tillgängliga. 5 operationssalar finns redo från kl 14.00. En op. sal redo nu.

Tredje halvtimmen

Skadeplats

Uppdateringsrapport 2/3

Misstänkt Allvarlig händelse: JA

Exakt lokalisering: Lingsheden fotbollsplan

Typ av händelse: Tågolycka

Hot/risk: Strömförande ledningar

Ankomstväg-hinder: Nej

Numerär av drabbade: 100 Röda: 24 Gula: 14 Gröna: 18

Katastrofmedicinskt Centrum

581 85 Linköping

Telefon: 010-103 35 69

Telefax: 010-103 29 10

E-post: KMC@regionostergotland.se

Diarienummer: KMC-2017-00081

Extra resursbehov: 25 ambulanser, 2 sjukvårdsgrupper och 1 sjukvårdskärra

Verifieringsrapport 3/3

Misstänkt Allvarlig händelse: JA

Exakt lokalisation: Lingsheden fotbollsplan

Typ av händelse: Tågolycka

Hot/risk: Strömförande ledningar

Ankomstväg-hinder: Nej

Numerär av drabbade: 100 Röda: 30 Gula: 18 Gröna: 18

Extra resursbehov: 25 ambulanser, 2 sjukvårdsgrupper och 1 sjukvårdskärra

Särskild sjukvårdsledning regional nivå

Sammankallar Östgöta TiB-grupp till telefonkonferens. Krisstöd arbetar med att få upp en anhörigupplysning.

TiB i respektive län där helikoptrarna är dragna ifrån är meddelande om att i nuläget ingen fördelningsnyckel till deras län. Verifieringsrapport, 3/3 genomförd.

30 röda, 18 gula, 18 gröna

35 ambulanser och 2 sjukvårdsgrupp, första avtransport 11.05 Information från SOS

ambulansresurser från Stockholm 5 stycken och Örebro 5 stycken inom 60-75 min. Sambandslista från LIM mailad till reg sju ledn

Särskild sjukvårdsledning lokal nivå Universitetssjukhuset i Linköping

Stabsorientering

Katastrofläge 100 drabbade och 35 ambulanser

behov av att hitta platser

Kan vi ta utöka kapaciteten för prio 1 14 pat.

Akuten 9 röda, 10 team,

8 lediga, 16 gula

Kir vpl 35 varav 5 barn

Ortoped 7

NIVA 3 respirator, BRIVA 2 resp TIVA 2 resp

OP-salar 6,

MOA 1 vpl

Tillägg inriktningsbeslut:

Prioritering av normalflödet på US, ortopedskador planeras hänvisas till ortopedmottagningen

Katastrofmedicinskt Centrum

581 85 Linköping

Telefon: 010-103 35 69

Telefax: 010-103 29 10

E-post: KMC@regionostergotland.se

Diarienummer: KMC-2017-00081

Särskild sjukvårdsledning loka nivå Vrinnevisjukhuset i Norrköping

Anhörigupplysning är upprättad i gamla Runstenen. Två röda pat på väg till operation, allvarligt skadade. 15 vårdplatser frigjorda, 3 lediga opsalar, 2 akuta.

SORI: 2/3 genomsökt 24 röda, 7 gula, 14 gröna. Fördelas 6 röda, 6 gula. Press hänvisas till US. Oklart vilken typ av tåg som kolliderat. Info finns på LISA

Paratus visar 24 röda, 18 gula, 14 gröna. 3 ort. Står beredda. 2 kirurger. Är lunch, sedan hänvisas de till akuten. Fler patienter på väg in. 15 narkosläkare, 3 opsalar, 2 akuta. IVA: 8 resp (9 lediga platser, 6 UVApplatser)

Paratus uppdaterad 30/18/18 Mer information behövs, olyckans omfattning?

Särskild sjukvårdsledning lokal nivå lasarettet i Motala

Gröna patienter triageras på JC och Nöten är öppnad. 10 gula med frakturer. Op-salar förbereds.

Regional nivå meddelar att LiM ska ta fler (10st) gula med behov av ortopedisk kirurgi. Triageras som fortsatt gula -direkt till postop. Nu finns fem platser på postop. Mottagningen ställs in. Ortopeder till op. 5 salar kan vara igång. Behov av narkosläkare- lyft till regional nivå!! 20 gröna till akuten och vidare till Nöten. 15 gula triageras på akuten och sedan till postop.

Anhörigupplysning är upprättad.

Fjärde halvtimmen**Skadeplats**

Verifieringsrapport 3/3

Misstänkt Allvarlig händelse: JA

Exakt lokalisering: Lingsheden fotbollsplan

Typ av händelse: Tågolycka

Hot/risk: Strömförande ledningar

Ankomstväg-hinder: Nej

Numerär av drabbade: 100 Röda: 30 Gula: 18 Gröna: 18

Extra resursbehov: 25 ambulanser, 2 sjukvårdsgrupper och 1 sjukvårdskärra

Särskild sjukvårdsledning regional nivå

Stabsgenomgång: Säkerställa förmåga och resurser utifrån ett RÖ-perspektiv.

TIB: Transportresurser till viss del ett problem men kommer hela tiden. Socialstyrelsen begär information, TiB 2 ansvarar för det. Samverkansbehov och gränssättande resurser.

Sammankallar Östgöta TiB grupp till telefonkonferens.

TIB uppdaterar med att ett fåtal gula finns kvar på skadeområde och meddelar samtidigt att man ej behöver de helikoptrar som kallat på.

CRSL: Aktuell lägesbild, slutsiffra 30 röda, 18 gula, 18 gröna

Katastrofmedicinskt Centrum

581 85 Linköping

Telefon: 010-103 35 69

Telefax: 010-103 29 10

E-post: KMC@regionostergotland.se

Diarienummer: KMC-2017-00081

Fördelning av dem är att US tar största ansvaret. Delegerat hjälp från Sörmland och helikoptrar är på väg.

US håller just nu på att uppgradera sin förmåga och kolla upp hjälp med IVA platser.

Gränssättande resurser, primär kirurgi i Linköping.

Kommunikatör: Gemensam presskonferens med rtj och polis, Martin Welander talesperson från reg sjv ledn.

ACIB: Helikoptrar på väg in och även extra ACIB. Extra ambulanser på väg in från Stockholm och Örebro. Finns buss som kör gröna patienter till LIM.

Krisstöd: Etablerat samtliga sjukhus. Krisstöd hjälp ska finnas tillgänglig lokalt i Lingham för oskadda. Kalla in folk från socialjouren.

Säkerhet: Kontroll på läget, väktare finns på alla sjukhus. Dåligt med återkoppling från sjukhusen i den mån säkerhet velat.

Omfallsplanering: Ansträngt läge med små marginaler, ej akuta patienter måste hänvisas till angränsade län. Begränsad transportkapacitet. För att förebygga andra ev händelser avtransportera stabila IVA-patienter. CRSL 2 och säkerhet fortsätter med omfallsanalysen.

Inriktning och målbild: Avlasta US och ordna primära och sekundära operationer i angränsande län. Likaså gällande transporter. Kontakt med SOS angående väntande prio 2 och prio 3 uppdrag.

Särskild sjukvårdsledning lokal nivå Universitetssjukhuset i Linköping

Ingen dokumentation finns i logg

Särskild sjukvårdsledning loka nivå Vrinnevisjukhuset i Norrköping

SORI: Fördelningsnyckel: 8 röda, 6 gula till Vin. 5 röda har kommit, 5 till op 3 pat op, 1 IVA och 1 avliden. "Vi kan hantera de röda men om de gula blir röda blir det svårt" Kolla kapacitet på röntgen. Sök information om vad det var för tåg.

Särskild sjukvårdsledning lokal nivå lasarettet i Motala

Kontaktar regional nivå och meddelar behov av en narkosläkare till om vi får två röda. 1 narkosläkare finns på AM och följer med första röda. Kommer en röd till behöver vi en till.

Videokonferens med Särskild sjukvårdsledning regional nivå, lokal nivå US, ViN och LiM

Videokonferens med lokal sjukvårdsledning på US, LiM och ViN.

Syfte: Gemensam lägesbild, inriktning för fortsatt arbete.

- Lägesbild
- Planering närmaste 2 h, resurser, utmaningar, förmåga
- Närmaste dygnet

Regional nivå:

Snabba transporter. Hjälp med avtransporter till närliggande län (Nyköping, Jönköping). US har tagit en större andel. Även hjälp med sekundära transporter (kirurgi och IVA patienter) till närliggande län. Omfallshändelser. Påverkar grunduppdraget.

Tillskapa sekundära transporter till andra sjukhus.

Samverkansmöte med Socialstyrelsen samt telefonkonferens med Östgöta TiB-grupp.

Återta förmåga att hantera grunduppdraget samt US nationella uppdrag. Hjälp med att flytta primär och sekundära kirurg och medicin patienter.

US:

Ska ta emot 14 röda och 16 gula. Oeniga om hur många man tagit emot. Kan ta emot fler röda. Gula ej kommit. Största problemet är bemanningen. Medicin har katastrofläge på Neuro.

Flöde på gång. Har lediga op. salar och resp. platser. Står redo. Lösning på medicinslinjens problem. Normalflöde.

Bemanningen är ett bekymmer. Fortsatt på kirurgen. Vet ej om gula blir röda.. LiM:

Tagit emot 20 gröna 5 gula samt 1 röd. Enligt information ska dem ta emot ytterligare 1 röd. Pga av en annan olycka kan dem inte ta emot den. En narkosläkare har åkt med sjukvårdsgruppen till SO. Dem är därför en narkosläkare kort.

28 tomma vpl samt Jourcentralen.

Lösning på narkosläkare.

Post op och IVA vårdproblem. Kan behålla ett dygn. 2 röda opereras. Vet ej om dem kräver IVA vård.

ViN:

Tagit emot 5 röda, ytterligare 3. 4 op salar igång, 11 respiratorplatser tillgängliga.

Kan ta emot enligt fördelningsnyckel. Ev. problem om alla gula blir röda.

Frigöra resurser.

Avslutning regional nivå:

Stöjda LiM i anestesi – ViN kan göra det.

Avlasta operation på US. Skicka patienter till andra län. Regional sjukvårdsledning tittar på IVA patienter som kan skickas till andra län.

ViN klarar uppdraget.

SO är tömt enligt uppgift.

Ledningarna uppmanas att planera för att vara igång i ytterligare 24-36 timmar.

Ny videokonferens kl. 15.30.

Katastrofmedicinskt Centrum

581 85 Linköping

Telefon: 010-103 35 69

Telefax: 010-103 29 10

E-post: KMC@regionostergotland.se

Diarienummer: KMC-2017-00081

All kontakt med media hänvisas till Regional sjukvårdsledning. Även internt på LISA.