

Region Västerbottens
kapacitetsökningsförmåga
under covid- 19 pandemin

Sammanfattning

Bakgrund: Pandemin innebar stor påfrestning på hälso- och sjukvården i Region Västerbotten och satte regionens katastrofmedicinska beredskap på prov inklusive förmågan att på olika sätt öka kapaciteten inom hälso- och sjukvården.

Syfte: Att utvärdera Regionen Västerbottens kapacitetsökningsförmåga genom att granska regionens hantering av Covid-19 pandemin med målsättning att identifiera åtgärder som krävs för att kunna upprätthålla och förbättra den katastrofmedicinska beredskapen inför framtida händelser.

Metod: Utvärderingar av hanteringen av Covid-19 pandemin inom Region Västerbotten och dess samverkanspartners har analyserats, kompletterats med underlag ifrån regionala särskilda sjukvårdsledning och avvikelserapporteringar ifrån 2020–2022. WHO:s guidelines samt komponenterna "PLUS" i Socialstyrelsens kunskapsstöd gällande kapacitetsökningsförmåga har använts som grund för sortering och analys.

Resultat: Regionen kunde rekrytera extern personal men hade svårt att omfördela befintlig vårdpersonal för att möta behov där de var som störst. Nya lokaler som var ämnade åt annan verksamhet på Norrlands universitetssjukhus (NUS) togs i anspråk för att skapa fler intensivvårdsplatser. Generellt var lokaler byggda specifikt för en viss typ av vård och inte särskilt anpassningsbara för användning vid andra behov. Tillgången till material och utrustning var en av de största utmaningarna under pandemin även om regionens förmåga och proaktivitet ökade efterhand. Bland annat blev regionen bättre på att hitta alternativa leverantörer och alternativa producenter. Det möjliggjordes också egenproduktion av skyddsförkläden och provtagningsmaterial samt tillskapades lokala beredskapslager. Den särskilda sjukvårdsledningen behövde utökas med fler personer och funktioner som inte var erfarna i stabsarbete. Inkludering av primärvården i den särskilda sjukvårdsledningen dröjde, experter från Medicinsk teknik, Läkemedelscentrum och Laboratoriecentrum underutnyttjades. Däremot fungerade uppdatering av riktlinjer, rutiner och extern kommunikation väl.

Slutsats: Region Västerbotten har uppvisat avsaknad av flera grundläggande förutsättningar för att upprätthålla en god katastrofmedicinsk beredskap framförallt kring materialförsörjning och bemanning. En förbättring av kapacitetsökningsförmågan kräver fler åtgärder i det förberedande skedet i form av prioritering av verksamheter och vård, möjlighet att utbilda och omfördela personal, beredskapsperspektiv vid byggnation och vid utveckling av digitala vårdlösningar samt tillskapande av regionstyrd lagerhållning som i viss mån är sjukhusbaserad.

Innehåll

<i>Sammanfattning</i>	2
1. Inledning.....	4
<i>Bakgrund</i>	4
<i>Syfte och mål</i>	4
2. Metod och teori.....	4
<i>Metod och material</i>	4
<i>Omfattning och avgränsningar</i>	5
<i>Teori</i>	5
3. Resultat.....	6
<i>Personal</i>	6
<i>Lokaler</i>	6
<i>Utrustning</i>	6
<i>Styrning</i>	7
4. Diskussion.....	9
<i>Slutsats</i>	11
5. Referenser.....	11

1. Inledning

Bakgrund

I mars 2020 klassades covid-19 som en pandemi av Världshälsoorganisationen (WHO). Pandemin innebar stora behov för hälso- och sjukvården att öka kapaciteten för att hantera den och dess följdverkningar. Ett exempel på kapacitetsökning var massvaccinationsinsatser, som krävde personal, lokaler, utrustning och styrning (Folkhälsomyndigheten 2022). Världshälsoorganisationen har sammanställt 16 förslag på åtgärder gällande kapacitetsökningsförmåga i akut- och intensivvården för att klara av att hantera patienter med covid-19 och samtidigt kunna uppehålla annan viktig vård på sjukhusen (WHO Europe 2020). De baseras på vad som i internationella sammanhang kallas "Surge Capacity" som är ett väletablerat begrepp kopplat till en organisations förmåga att snabbt och effektivt öka sin kapacitet för att möta ett ökat vårdbehov vid ett plötsligt ökat inflöde av patienter. Den svenska versionen av begreppet är "kapacitetsökningsförmåga", vars komponenter består av personal, lokaler, utrustning och styrning, vilket ofta refereras till som "PLUS" (Socialstyrelsen).

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30) ska regioner upprätthålla katastrofmedicinsk beredskap. Region Västerbottens hantering av Covid-19 pandemin utgör ett exempel på katastrofmedicinsk hantering och kapacitet vilken därav lämpar sig att utvärdera; dels för att kunna bedöma vad som krävs för att kunna upprätthålla den katastrofmedicinska beredskapen, dels definiera åtgärder för att förbättra beredskapen vid framtida händelser. Pandemihanteringen används således som exempel, med avsikt att dra mer övergripande lärdomar om beredskap för olika typer av särskilda händelser inom Region Västerbotten.

Utvärderingen riktar sig främst till politisk- och tjänstemannaledning, som underlag om förutsättningar och behov av utveckling av den katastrofmedicinska beredskapen inom Region Västerbotten.

Syfte och mål

Syftet är att utvärdera Region Västerbottens kapacitetsökningsförmåga genom att granska regionens hantering av Covid-19 pandemin med målet att identifiera åtgärder som krävs för att kunna upprätthålla och förbättra den katastrofmedicinska beredskapen inför framtida händelser.

2. Metod och teori

Utvärderingen har gjorts i främjande syfte (MSB 2023) med mål att hitta styrkor och svagheter för att möjliggöra bättre hantering av händelser i framtiden. Källorna, från 2020–2022, kan delas upp i två olika kategorier; rapporter samt annat skriftligt material (Tabell 1). Det teoretiska tillägget baseras på WHO samt Socialstyrelsens kunskapsstöd kring kapacitetsökningsförmåga där komponenterna personal, lokaler, utrustning och styrning (PLUS) använts för sortering och analys.

Metod och material

Tabell 1. Material som utvärderingen baseras på

Rapporter	Annat skriftligt material
Tomas Kristianssons utvärdering av Region Västerbottens särskilda sjukvårdsledning och dess hantering av covid-19 våren 2020	Utvärdering av regionens krisledning i samband med pandemin, av MT NUS 2020
Länsstyrelsen Västerbottens utvärdering av regional samverkan	Skriftligt material från representanter i regional särskild sjukvårdsledning
Revisionens rapport om granskning av krisberedskap	Logg ifrån regional särskild sjukvårdsledning 2020–2022

Covid-plan för lokaler och vårdplatser NUS	Inrapporterade avvikelser från vården "taggade" Covid 2020
Pandemiplan för intensivvårdsavdelningen NUS	

Omfattning och avgränsningar

Rapportens omfattning är begränsat till hälso- och sjukvården med regional särskild sjukvårdsledning (RSSL) och lokal särskild sjukvårdsledning (LSSL). Baserat på underlagen så har utvärderingen begränsats till den övergripande krishanteringens organisation och åtgärder för att minska inflödet av patienter och tillskapa kapacitetsökningsförmåga. Samtliga effekter av åtgärder, på lokal nivå inom slutet och öppenvård, kommer därför inte utvärderas. Det skulle kräva ytterligare omfattande materialinsamling inom vården. Ursprunget i majoriteten av dokumenten är på regional nivå men i regionala dokument finns även lokala åtgärder representerade.

Teori

Kapacitetsökningsförmåga (eng. Surge Capacity) handlar om att kunna ställa om organisationer så snabbt som möjligt för att hantera uppkomna händelser; att växa med uppgiften. Kapacitetsökningsförmåga är därmed en förutsättning för att klara av att uppfylla de krav som ställs på hälso- och sjukvården vid särskild händelse. Kapacitetsökningsförmåga såsom beskriven av Socialstyrelsen används i denna utvärdering som verktyg för att granska regionens hantering av Covid-19 pandemin genom dess komponenter personal, lokaler, utrustning samt styrning (Socialstyrelsen). Ett urval av faktorer under respektive komponent återfinns i Figur 1.

Figur 1. Exempel inom respektive komponent av PLUS.

Personal <ul style="list-style-type: none"> - Tillräckligt med vårdpersonal och personal med särskild medicinsk kompetens. - Tillgång till personal för patienttransporter, servicetjänster etcetera - Uthållighet i bemanning över tid, vila och återhämtning för personal. - Risk för bortfall av personal till följd av en särskild händelse. - Personalens beredskap att byta arbetsuppgifter eller arbetsplats. 	Lokaler <ul style="list-style-type: none"> - Tillgång till rum/lokaler som är funktionella utifrån den särskilda händelsen. - Behov av utrymmen för avfallshantering. - Tillräckligt med utrymme för förvaring av avlidna. - Behov av ökad säkerhet för eller begränsa tillträde till verksamhetens lokaler. - Behov av att utnyttja alternativa lokaler, utöka och anpassa lokaler för verksamheten.
Utrustning <ul style="list-style-type: none"> - Tillgång till läkemedel, medicintekniska produkter, skyddsutrustning och livsmedel för speciellt medicinska ändamål. - Transportresurser och tillhörande utrustning inom prehospital vård och transportmedicin. - Britsar, bårar, sängar och tillhörande utrustning. 	Styrning <ul style="list-style-type: none"> - 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. - Reservrutiner för störningar och avbrott i försörjning av el, vatten, tele- och datakommunikation etcetera - Rutiner, teknik och kunskap för kommunikation.

3. Resultat

Personal

Regionen kunde uppbringa personal och kompetens för att massvaccinera trots rådande pandemi och en redan ansträngd vårdpersonalstyrka. För att möjliggöra det användes pensionerad personal, omfördelning av gravida till smittspårning, sjuksköterskestudenter för extra vak och vårdnära service, samt utbildning av sjukvårdskunniga för att avlasta vården med administrativa uppgifter. I ett försök att avlasta vården ytterligare upprättades egenprovtagning. Försvarmakten hjälpte regionen med personal till de mobila vaccinationsteamerna och ambulansen.

Initialt fanns inte möjligheten att omfördela personal på regionens tre sjukhus. Det saknades planering och avtal mellan regionen som arbetsgivare och facken för att möjliggöra omfördelning. Avtal behövde samverkas innan det kunde ske, vilket bidrog till att omfördelningen dröjde. Förberedda rutiner och arbetsätt för att kunna förflytta personal mellan verksamheterna hade kunnat medföra mer handlingsfrihet att öka bemanningen vid en särskilda händelse, inom den verksamhet där det mest behövs. En potentiell konsekvens av personalbrist och stress var avvikelser som rapporterades kopplat till omvårdnad. Avvikelser visade även att personalbrist föranledde färre vårdplatser, längre väntetid och trängsel, som drabbade patienter och skapade en ohälsosam arbetsmiljö för personalen.

Lokaler

Trängsel och brist på funktionella lokaler på akuten ledde bland annat till att patienter vårdades i korridoren, vilket ökade risken för personal och andra patienter att exponeras för Covid-19. Satsningar inom digitalisering gjorde att viss utrymmesbrist och trängsel minskade i samband med vårdbesök, bland annat genom mobil självincheckning och en ökning av digitala vårdbesök. Återkommande svårigheter med regionens lokaler var att de i regel var svåra att anpassa till annan vård eller expandera på ett önskvärt sätt. Delvis berodde det på att lokalerna byggts för att vara så effektiva som möjligt för en viss typ av vård. En annan utmaning, som begränsade kapacitetsökningens förmågan, var att laboratoriemedicins lokaler på NUS hade problem med byggnadsrelaterad ohälsa (BRO).

Genom ett lyckligt sammanträffande kunde nya lokaler som var ämnade åt annan verksamhet på NUS tas i anspråk för att kunna skapa en "IVA 2", vilket gjorde att regionen snabbt kunde få tillgång till fler vårdplatser för intensivvård. Region Västerbotten maximerade användandet av sina lokaler genom öppnade av infektion 2, kirurgisk akutvårdsavdelning och skapandet av en sluss för lågriskpatienter. Utrymme tillskapades också genom beställning av sjukvårdstält som upprättades utanför akuten på regionens sjukhus och vissa hälsocentraler, vilket gjordes genom stöd ifrån Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB), Försvarmakten och företag i länet. Ett exempel på hur företag i länet medverkade i utökning av lokaler var genom att hyra ut större tält för utomhusbruk som kunde användas för triagering och provtagning.

Utrustning

Tillgången till material och utrustning var en av de största utmaningarna under pandemin. Exempel på bristvaror var andningsmasker, munskydd, plastförkläden, visir och handskar samt desinfektionslösningar och sederingsläkemedel. Regionen skapade efterhand en central resursförbrukningsfunktion för att övervaka övergripande förbrukning och leverans av kritiska varor samt omfördela material vid akuta behov. För att undvika att helt stå utan material om förbrukningen plötsligt ökade eller om leveranserna minskade ytterligare tillskapades även beredskapslager lokalt på sjukhusen, främst riktade de sig åt skyddsutrustning. Det var dock svårt att

från centralt håll monitorera lagersaldo inom verksamheterna och beredskapslagren. Beredskapslagren var också ganska begränsade och saknade viss utrustning, såsom medicinteknisk utrustning. Regionen skapade även ett gemensamt beredskapslager tillsammans med kommunerna. Det finns delade meningar om hur effektivt lagret utnyttjades av regionen. Medicinsk teknik (MT) rapporterade svårigheter med att prioritera och omfördela medicinteknisk utrustning mellan regionens tre sjukhus. Det fanns även ett behov av att ta tillbaka utrustning som tidigare kasserats och flyttats till andra organisationer, bland annat från Umeå Universitet. Återintagningen av gammal utrustning medförde ett behov av att utbilda personal.

Genom samordning med andra regioner införskaffades en del material och läkemedel. Visst material kunde också åskas via Socialstyrelsen. Region Västerbotten fann även andra lösningar för att säkra upp material såsom alternativa leverantörer eller genom att eftersöka möjligheter för omställd produktion hos företag. Regionen skapade en egentillverkning av bland annat skyddsförkläden och provtagningsutrustning. En alternativ källa för handsprit, genom ett kemiföretag och laboratorieverksamhet inom universitetet bidrog till att säkra upp tillgången till handsprit vid en tid då det var en bristvara nationellt. Innan dess fattades beslut om att prioritera handspriten till vårdavdelningar där behoven var som störst. Liknande prioriteringar gjordes även avseende andningsskydd (FFP2- och FFP3-masker)

För att möta upp en del av det materielbehov som fanns, specifikt för skyddsutrustning, togs utrustning i bruk som tidigare bedömts som obrukbar av regulatoriska skäl (saknade CE-märkning). Ett exempel på det var skyddsmask 90, som Arbetsmiljöverket ej ansåg godkänd, men där en nationell tillfällig dispens möjliggjorde användning. Därigenom kunde regionen använda sina egna skyddsmasker som ännu inte kasserats samt begära stöd i form av fler skyddsmask-90 från Försvarsmakten. En potentiell källa till ytterligare material eller andra resurser som personalen önskade kom från allmänheten och näringslivet. I och med mottagandet av donationer behövde funktionalitet och funktionssäkerhet hos donerad utrustning säkerställas. Andra utmaningar kring donationer var att få ut information om vad som eventuellt behövs och kunde mottas, registrera och lagra det som inkom samt fördela ut där det behövdes. Sett till allmänheten i form av frivillig arbetskraft eller gåvor hade kapacitetsökningsförmågan kunnat förbättrats om exempelvis legala förutsättningar och inkorporering i ordinarie logistikprocesser omhändertogs i planeringsskedet.

Styrning

Bristfällig fortbildning och övning i att agera i vissa roller i särskild sjukvårdsledning fick konsekvenser på organisationens styrning var. Detta kom i uttryck i otydligheter i innebörden av olika roller samt oklarheter kring vilka beslut som ska tas i linjeorganisationen respektive inom lokal särskild sjukvårdsledning Skellefteå och Lycksele eller regional särskild sjukvårdsledning. Att inte etablera lokal särskild sjukvårdsledning för Umeå (NUS) skapade ytterligare oklarheter kring ledning och beslutsfattande. Den regionala särskilda sjukvårdsledningen missade att inkludera primärvården som en del i särskild sjukvårdsledning. I Skellefteå och Lycksele fanns primärvården med redan från början. Primärvården hade inte heller en tydlig plats när de väl blev inkluderade i staben. Därtill visade pandemihanteringen att ett antal kompetenser inte effektivt nyttjades på regional nivå, vilket lett till att stöd och förslag på åtgärder från medicinsk teknik (MT), IT, Läkemedelscentrum och Laboratoriecentrum i flera fall uteblivit eller dröjt. MT hade exempelvis förslag på att ta in viss formellt otillåten skyddsutrustning som egentillverkad medicinskteknisk produkt, men implementering av denna åtgärd dröjde. I Skellefteå fattades dock tidigt beslut om att bjuda in MT som expertfunktion i lokal särskild sjukvårdsledning för att nyttja deras kompetens.

Avvikelse ifrån flera av sjukstugorna i Södra Lappland påvisade avsaknad av vissa rutiner bland annat kring provtagning vid första fysiska vårdkontakt och lämplig hänvisning av potentiellt smittsamma

individer. I somliga fall berodde resulterande risker på fel information eller agerande hos annan klinik eller av kommunen. Smittskydd och Vårdhygien skapade och reviderade många riktlinjer och rutiner för att hantera pandemin, såsom riktlinjerna för skyddsmask 90 och engångsmunskydd. I och med materialbristen sågs också riktlinjer över och det förtydligades vilken klass av skyddsutrustning olika verksamheter behövde. Förändringar i arbetssätt och prioriteringar inom verksamheter genomfördes, exempelvis inom lokalvården. Avvikelse ifrån akutmottagningar och BB på samtliga sjukhus visade att detta var en viktig åtgärd eftersom akut vård flertalet gånger blev försenad på grund av att städning inte skett. Det tillskapades också Covid-planer i olika steg för att kunna utöka vårdplatskapaciteten.

En sorts vårdförskjutning som påvisats i underlagen var att individer valde att inte söka vård av rädsla att smittas eller belasta vården. Det fanns fall där patienter inte gått på regelbunden behandling eller sökt vård för olika åkommor vilket medförde att deras tillstånd förvärrades eller krävde mer behandling då de väl sökte hjälp. Att förväntade patienter inte uppsökte vård uppmärksammades utav regional särskild sjukvårdsledning och specifik information gavs ut via pressmeddelande. Överlag nyttjades kompetensen hos kriskommunikationsfunktionen väl och var värdefull för att kommunicera utåt och skapa en generellt positiv bild av regionen i media. Vad gäller den externa kommunikationen uppkom även behov av att skapa kontaktvägar för hemtjänst och boendestöd för att säkerställa att dess brukare inte faller mellan stolarna vid händelser. Det har likaså funnits behov att använda kanaler som nyttjas av yngre målgrupper och anpassa informationen till dessa.

Tabell 2. Summerande tabell över resultatet kategoriserat enligt PLUS.

	Definierade brister/utmaningar	Definierade styrkor
Personal	<p>Bristande kunskap och utbildning avseende särskild sjukvårdsledning.</p> <p>Felaktig sammansättning av stabsfunktioner, ex. MT.</p> <p>Oklara roller och ansvar inom funktioner i SSL.</p> <p>Avsaknad kunskap om nya eller uppdaterade rutiner i vården.</p> <p>Brist på personal i vården och vårdstödande funktioner.</p> <p>Avsaknad av rutiner, arbetssätt och avtal för omlokalisering personal.</p>	<p>Kompetens hos kommunikationsfunktionen och MT.</p> <p>Möjliggjorde massvaccinering.</p> <p>Upprättade egenprovtagning.</p> <p>Stöd till kommunernas verksamheter.</p> <p>Tydlig kommunikation från smittskydd.</p> <p>Uppfyllede samverkansbehov i nätverk.</p> <p>Omfördelade vårdpersonal.</p> <p>Omfördelade administrativ personal med vårdbakgrund till vårdnära uppgifter.</p> <p>Förstärkte bemanning genom användning av pensionerad personal samt studenter.</p>
Lokaler	<p>Svårigheter att anpassa och expandera befintliga lokaler.</p> <p>Brist på vårdplatser.</p> <p>Brist på utrymmen.</p> <p>För låg kapacitet i laboratorium.</p> <p>BRO problematik i laboratorium.</p>	<p>Samverkan för utökade lokaler.</p> <p>Expansion av intensivvårdsplatser covid-19.</p> <p>Tält till regionens tre sjukhus akutmottagningar samt vissa hälsocentraler.</p> <p>Öppnade infektion 2.</p> <p>Öppnade kirurgisk akutvårdsavdelning.</p> <p>Skapade sluss för lågriskpatienter.</p> <p>Införde mobil självcheckning.</p> <p>Utökade digitala vårdmöten.</p>
Utrustning	<p>Bristande skyddsutrustning efter kvalitetskrav och behov.</p> <p>Avsaknad av beredskapslager.</p> <p>Begränsningar vid mottagande av donationer.</p> <p>Materialbrist ex. provtagningsmaterial, visir, vaccin, handsprit, munskydd, plastförkläden samt vissa läkemedel så som narkosläkemedel.</p> <p>Logistiska brister kring intern distribution av prover och material.</p> <p>Bristande systemstöd för att överblicka lagersaldo.</p>	<p>Prioritering av material mellan verksamheter.</p> <p>Tillskapade av beredskapslager på sjukhusen.</p> <p>Tillskapade av beredskapslager tillsammans med kommunerna.</p> <p>Etablering av central resursförbrukningsfunktion.</p> <p>Alternativa leverantörer.</p> <p>Egentillverkning av material.</p> <p>Efterfrågade alternativ produktion för handsprit.</p> <p>Tillbakatagandet och tillgängliggörandet av kasserad utrustning.</p> <p>Inköp av fler EKG-apparater, respiratorer och annan medicinteknisk utrustning</p>
Styrning	<p>Samverkan med kommunerna inkl. förvarning avseende kommande kommunikationsinsatser.</p> <p>Att lokal särskild sjukvårdsledning NUS inte etablerades till en början.</p> <p>Intern samordning.</p> <p>Prioriteringssvårigheter kring transporter för färdigvårdade kontra akut sjuka i Skellefteå.</p> <p>Otillräcklig användning av stabsmetodik.</p> <p>Bristande tillit till/okunskap om verksamheterna från RSSL.</p> <p>Missinformation personal emellan samt mellan personal och patient.</p> <p>Initialt avsaknad av rutin ex. kring testning vid första instans.</p> <p>Bristande kunskap och/eller följsamhet till rutiner kopplat till smittskydd och vårdhygien.</p> <p>Otydlighet i processen för beslutsfattande.</p>	<p>Nödändig teknik och rutiner för alarmering.</p> <p>Prioritering/omfördelning av resurser.</p> <p>Upphandling av antigentester och själv-tester</p> <p>Rutiner för munskydd vid sjukresor.</p> <p>Riktlinjer skyddsmask 90 alternativt engångsmunskydd.</p> <p>Samordning kring material samt läkemedelsinköp med andra regioner.</p> <p>Tillmötesgått samverkansbehovet från kommunerna i stort.</p> <p>Nya rutiner för mottagande av vissa akuta patienter.</p> <p>Utökad vårdplatsamordning med MA-funktionen.</p> <p>Stöd till kommuner gällande antikroppstest covid-19.</p>

4. Diskussion

Genom att jämföra Världshälsoorganisationens förslag på åtgärder för att uppnå kapacitetsökningens förmåga att hantera covid-19 med hur Region Västerbotten hanterat pandemin så skulle viktiga lärdomar kunna dras för framtiden.

Personal innefattar bland annat att säkerställa att tillräckligt antal av kvalificerad hälso-och sjukvårdspersonal finns för att hantera krissituationen. En relaterad rekommendation av WHO gällde möjligheten att mobilisera tillfällig arbetskraft för att skapa kapacitetsökningens förmåga. Detta gjordes inom Region Västerbotten till exempel genom att be nyligt pensionerade och studenter att bistå med olika uppgifter såsom vaccination och smittspårning. Det omfördelades också viss personal inom organisationen men processen uppgavs ta för lång tid. Andra regioner stötte likt Region Västerbotten på problem gällande omlokalisering av personal. Medarbetare hos Region Uppsala (2021, 66) upplevde sig till viss del som brickor i ett spel och tyckte att informationen om att omlokaliseringen i deras fall varit frivillig var otydlig. Region Stockholm (2021, 154) lyfte också vikten av omlokaliseringen bör vara frivillig för att säkerställa att medarbetarna känner förtroende för arbetsgivaren. Omfördelning av personal har omnämnts som en utmaning ett flertalet gånger i underlagen och bör omhändertas för att förenkla processen vid kommande händelser. WHO listar ytterligare anledningar bakom utebliven närvaro såsom stress, överarbete, psykisk hälsa och oro för att insjukna eller smitta sin egen familj. Att ta hand om personalens mentala hälsa utgjorde en av deras föreslagna åtgärder, men sådana typer av åtgärder har inte framkommit i de underlag som utvärderingen är baserad på. Det kan ha gjorts, men inte funnits i just dessa underlag eftersom enskild personal och chefer inte tillfrågats. Det skulle också kunna vara så att hälsofrämjande åtgärder sällan genomförts, vilket i så fall torde vara en angelägen åtgärd att utreda framöver ur ett bemanningshänseende.

Lokaler innefattar bland annat utrymmen och sängar samt omgivande förutsättningar för att bedriva olika typer av vård, såsom ventilation, el och gastillförsel. En av WHO:s rekommendationer kopplat till lokaler var att optimera befintliga och utveckla alternativa leveransplattformar för viktiga hälsotjänster genom att exempelvis snabbt skala upp eller skynda på olika e-hälsotjänster. Ett exempel på det sågs inom regionen i formen av mobil självcheckning, men flera typer av digitala vårdkontaktmöjligheter skulle potentiellt kunna öka vårdtillgängligheten och minska vissa former av vårdförskjutning. Rekommendationen kring tillfällig användning av utrymmen, som normalt sett inte används för vård, gjordes i flera fall inom regionen exempelvis genom tält för triage utanför akutmottagningarna samt flera hälsocentraler. WHO har två rekommendationer som är värda att arbeta med framöver avseende accelererade utskrivningar och strängare kriterier för intagning respektive nyttjande av privata vårdgivare för att avlasta med viss elektiv vård. Möjliggörande av sådana åtgärder skulle kräva mer samverkan med kommun och privata vårdgivare i planeringskedet inför särskilda händelser inklusive förarbeten bl.a. för att lösa eventuella avtalsmässiga och finansiella hinder.

Utrustning innefattar bland annat lagerhållna, tillgängliga läkemedel, medicintekniska produkter, skyddsutrustning och andra produkter för patientvård och för personalens säkerhet. En av WHO:s rekommendationer är därför att tillse att det finns krismekanismer för upphandling, registrering och korrekt lagerhantering. Regionen blev bättre på att hantera materialbrister under tidens gång, men på ett övervägande reaktivt sätt då brister redan fanns eller väntades. En del av det berodde på brist på systemstöd för lagersaldo och olika inköpsvägar. En mer proaktiv och robust försörjning kopplat till läkemedel, utrustning och sjukvårdsmaterial skulle kunna åstadkommas genom att tillskapa lager för prioriterade produkter som kan behövas vid ett snabbt inflöde av patienter, samt ett mer sammanhållet system för att bevaka inflöde och förbrukning av material. En av de aspekter som regionen blev bättre på, som WHO rekommenderar, var att ta tillbaka äldre maskiner samt tillskapa egentillverkning av produkter som det var brist på. Det bör dock noteras att möjligheten att nyttja

äldre utrustning är kompetensberoende vilket innebär att utbildningsinsatser behöver genomföras vid behov eller i ett förberedande skede så att utrustningen säkert kan tas i bruk. En annan positiv åtgärd som gjordes inom regionen kopplat till tillgång på material var att minska onödig användning av alltför avancerad utrustning genom att utvärdera och gå ut med tydliga direktiv kring vilken typ av skyddsutrustning som krävdes inom olika vårdverksamheter.

Styrning innefattar bland annat beslutsfattande, kommunikation och arbetsätt för att säkerställa pågående och proaktiv samordning för optimal kapacitetsökningsförmåga. Styrning är inte bara det som sammanför alla komponenter utan också det som tillser att det fungerar tillsammans i praktiken. Enligt WHO har dålig styrning ofta varit den svaga punkten bland de fyra komponenterna historiskt sett, vilket lett till underutnyttjande av tillgänglig kapacitetsökningsförmåga. En plan och tydlig definierad beslutsgång på nationell, regional och lokal nivå utgör en annan av WHO:s rekommendationer. Ifrån regionens hantering kan ses att även om det fanns personer med kompetens kring hur särskild sjukvårdsledning fungerade så var det inte tillräckligt väl känt av alla som kom att agera inom olika stabsfunktioner. Vissa expertroller och verksamheter underutnyttjades också vilket kan ha försämrat kapacitetsökningsförmågan. Ytterligare lärdom kan dras kring inkorporering av primärvården på olika nivåer samt snabb etablerad samverkan och kommunikation med kommunerna. En annan rekommendation från WHO gäller prioriteringar. Scenarion och erfarenheter ifrån andra länder under pandemin indikerade tydligt att givna IVA-resurser inte skulle räcka till både med anledning av det stora antalet patienter och de långa vårdtiderna. Särskild sjukvårdsledning kan bevaka händelsen, behovet och resurserna då en särskild händelse inträffar för att göra händelsestyrda prioriteringar. Men det skulle vara lättare att göra justeringar i en befintlig övergripande prioriteringsstrategi som har arbetats fram med både etiska och lagliga hänsynstaganden under lugna förhållanden, än att försöka tillskapa prioriteringar som vida avviker från det normala under en händelse. En annan fördel av att ha prioriteringsplaner eller strategier är att personalen skulle kunna utbildas och förberedas på att kunna implementera prioriteringarna.

Slutsats

Upprätthållandet av en god katastrofmedicinsk beredskap kräver per definition att det finns förutsättningar för att hantera en särskild händelse. I de flesta fall är sådana händelser begränsade i tid och kräver snabba åtgärder. Grundläggande är att det finns möjligheter att laga efter läge med befintliga resurser; att det finns någon funktion som har en överblick över materialtillgång och logistik samt att det går att styra om verksamhet och personal enligt kända prioriteringsprinciper.

En förbättring av kapacitetsökningsförmågan kräver fler åtgärder i det förberedande skedet. En åtgärd är att utveckla utbildningar och genomföra utbildningsinsatser för vårdpersonal i syfte att kunna stödja andra verksamheter vid en kris. En annan åtgärd är att vid om- och nybyggnationer betänka möjlighet till flexibilitet och anpassning av lokalerna för annan vård samt utforska digitala vårdlösningar för att minska behov av fysiska lokaler. Uppbyggnad av lokal lagerhållning av kritiska produkter och förutsättningar att överblicka saldo och sköta logistik inom regionen är ytterligare en åtgärd liksom framtagande och utvecklande av prioriteringar av och mellan verksamheter och patientgrupper i ett lugnt skede så att de svåra besluten kan implementeras.

5. Referenser

Folkhälsomyndigheten. 2022. *Om viruset och sjukdomen*.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/om-sjukdomen-och-smittspridning/om-viruset-och-sjukdomen/>

Socialstyrelsen. 2023. *Hälso- och sjukvårdens kapacitetsökningsförmåga*.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2023-2-8332-kortversion.pdf>

MSB. 2019. Vägledning-Utvärdering av hantering av inträffade händelser.

<https://rib.msb.se/filer/pdf/28994.pdf>

Region Uppsala. 2021. Utvärdering av covid-19 för Region Uppsala.

https://region uppsala.se/contentassets/cb1da4750f9c44f1858edf32f852e6a1/slutrapport_covid19_utvardering_region_uppsala_210503.pdf

Region Stockholm. 2021. Region Stockholms hantering av covid-19. Oberoende utvärdering av Region Stockholms hantering av det nya coronavirusets effekter (dnr 2020–0384). Stockholm: KPMG; 2021.

WHO Europe. 2020. Strengthening the health systems response to Covid-19. Creating surge capacity for acute and intensive care. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332562/WHO-EURO-2020-670-40405-54163-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>