

RAPPORT

2005-06-30

Västra Götalandsregionens arbete med anledning av tsunamikatastrofen i Sydostasien



Innehållsförteckning	Sid
FÖRORD	1
1. SAMMANFATTNING	2
2. KATASTROFMEDICINSK ORGANISATION I VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN	3
2.1 Prehospitalt och Katastrofmedicinskt Centrum	3
2.2 Regional Medicinsk Katastrofledning	3
2.3 RBL/RTIB	3
2.4 Krisledningsnämnd	4
3. HÄNDELSEFÖRLOPP – AKTIVITETER – ÅTGÄRDER I VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN	
3.1 Larm och initiala åtgärder	5
3.2 Regional medicinsk katastrofledning	5
3.3 Organisation Landvetter flygplats	7
3.4 Sjukhus	8
3.5 Primärvård	8
3.6 Ambulanssjukvård	9
3.7 Psykosocialt omhändertagande	9
3.8 Information och kommunikation	9
3.9 Krisledningsnämnden	12
4. UPPDRAG	
4.1 Nationella uppdrag	
- Koordinering av sekundärtransporter	13
- Inventering av tillgången till kistor	14
- Upprättande av ett nationellt call-center	14
- Sjukvårdsgrupp till Hercules	14
4.2 Internationellt uppdrag	15
- Sjukvårdsgrupper till Thailand	
5. DISKUSSION – ERFARENHETER	17
6. BILAGOR	
6.1 Rapport från Lars Johansen (RBL) om arbetet på Landvetter flygplats	
6.2 Rapport från primärvården	
6.3 Rapport från ambulanssjukvården Sahlgrenska universitetssjukhuset	
6.4 Rapport från PKL-organisationen	
6.5 Krisledningsnämndens beslut	

- 6.6 Rapport från koordineringen av sekundärtransporter
- 6.7 Rapport från uppdrag med Herkules
- 6.8 Rapport från sjukvårdsgrupperna i Thailand
- 6.9 Rapport från NU-sjukvårdens katastrof- och beredskapskommitté
- 6.10 Förkortningar

Rapport om arbetet i Västra Götalandsregionen med anledning av tsunamikatastrofen i Sydostasien

Förord

Den 26 december 2004 inträffade en stor naturkatastrof genom uppkomsten av en s k tsunami i Sydostasien. Händelsen fick katastrofala följder för många länder i Sydostasien, såsom Indonesien, Thailand, Indien, Sri Lanka, Burma m fl, men också länder på den afrikanska ostkusten drabbades. I området, främst i Thailand, vistades många svenskar, uppskattningsvis cirka 20 000.

För svenska myndigheters vidkommande var den primära uppgiften att se till att svenska medborgare som befann sig i området kunde tillförsäkras en snabb transport till Sverige.

Västra Götalandsregionen fick redan den 26 december indikationer på att en naturkatastrof hade inträffat och att den kunde få följdverkningar på sjukvården och den katastrofmedicinska verksamheten i regionen. Tack vare att indikationerna tolkades som ytterst allvarliga startades omedelbart den katastrofmedicinska beredskapsorganisationen.

De uppgifter som regionen ställdes inför har enligt bedömningar från centrala myndigheter, landsting och kommuner utförts bra. Arbetet i regionen fungerade mycket bra på alla plan, vilket är ett bevis på att den katastrofmedicinska beredskapen och samverkan med andra myndigheter är väl utbyggd.

Denna rapport syftar till att redogöra för det arbete som bedrevs i Västra Götalandsregionen, genom den regionala medicinska katastrofledningen, med anledning av katastrofen.

Göteborg den 30 juni 2005



Annika Hedelin
Beredskapschef
Prehospitalt och Katastrofmedicinskt Centrum
VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

1. SAMMANFATTNING

Cirka kl 02 (svensk tid) söndagen den 26 december 2004 inträffade en av de största naturkatastroferna i modern tid genom en jordbävning i havet utanför Sumatra. Jordbävningen spred två enorma flodvågor, så kallade tsunamier. Händelsen fick katastrofala följder för många länder i Sydostasien, såsom Indonesien, Thailand, Indien, Sri Lanka, Burma m fl, men också länder på den afrikanska ostkusten drabbades. I området, främst i Thailand, vistades många svenskar, vilket innebar att det svenska samhället kom att påverkas i stor omfattning.

Den första rapporten om jordskalvet kom i Ekot den 26 december kl 04.00. Ett par timmar senare fanns indikationer på att många svenskar var drabbade. Kl 20.50 kontaktades Regional tjänsteman i beredskap (RTIB) i Västra Götalandsregionen av Socialstyrelsens Tjänsteman i beredskap med förfrågan om vilken beredskap regionen hade att ta hand om ett större antal skadade svenskar. Därefter vidtogs ett omfattande arbete för RTIB att förbereda regionen bland annat genom att informera om situationen till regionens sjukhus, primärvård, ambulanssjukvård, Landvetter flygplats, kommunernas POSOM-grupper (kommunernas organisation för ledning och samordning av det psykologiska och sociala omhändertagandet av drabbade och anhöriga), m fl.

Regional medicinsk katastrofledning (RMKL) etablerades den 27 december kl 12.15 i Prehospitalt och Katastrofmedicinskt Centrums stabsrum på Svangatan i Göteborg. RMKL var därefter igång till den 7 januari. Under ungefär halva tiden var RMKL bemannad dygnet runt.

Förutom att organisera den katastrofmedicinska beredskapen i Västra Götalandsregionen fick RMKL flera nationella uppdrag av Utrikesdepartementet och Socialstyrelsen; koordinering av hemvändande svenskars vidaretransporter i Sverige, inventering av tillgängliga likkistor i Sverige samt upprättande av ett nationellt call-center dit anhöriga kunde vända sig. Därutöver fick RMKL förfrågan om att skicka sjukvårdsgrupper till Thailand.

RMKL:s uppgift var i första hand av samordnande karaktär. Dels gällde det att samordna och se till att tillräckliga resurser fanns vid regionens sjukhus, i primärvården och ambulanssjukvården och dels att organisera det psykosociala omhändertagandet tillsammans med kommunernas POSOM-grupper. En viktig uppgift var också att organisera det medicinska omhändertagandet på Landvetter flygplats.

Föreliggande rapport innehåller en kortfattad beskrivning av RMKL:s arbete under katastrofen. De olika verksamhetsgrenarnas rapporter som skickats in till PKMC återfinns i bilagor.

2. KATASTROFMEDICINSK ORGANISATION I VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

I hälso- och sjukvårdslagen stadgas bland annat att landstinget skall planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls. Varje sjukvårdshuvudman i landet svarar således för att det finns en katastrofmedicinsk beredskap i deras område.

2.1 PKMC

I Västra Götalandsregionen är det PKMC, Prehospitalt och Katastrofmedicinskt Centrum, som ansvarar för att det finns en katastrofmedicinsk beredskap i regionen. PKMC är organiserat direkt under regiondirektören, vilket ger snabba beslutsvägar i akuta situationer.

För att motsvara hälso- och sjukvårdslagens krav vid stora händelser krävs en särskild beredskap med planläggning, utbildning och övning. Detta är PKMC:s huvudsakliga ansvarsområden. PKMC har ansvar för att det finns regionala övergripande planer, bl a regional medicinsk katastrofplan, att hälso- och sjukvårdspersonalen har en katastrofmedicinsk utbildning och är tränad samt för att samordna den katastrofmedicinska verksamheten i regionen.

PKMC ingår i Socialstyrelsens nätverk för katastrofmedicin och är ett av Socialstyrelsens kunskapscentra i katastrofmedicin och utbildningscentra genom ett särskilt uppdrag från Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet.

Frågor av principiell karaktär förs till den regionala medicinska katastrofkommittén för beslut. Kommittén har som huvuduppgift att utifrån ett regionperspektiv verka för god katastrofmedicinsk beredskap i regionen.

2.2 Regional medicinsk katastrofledning

Vid stora händelser där flera sjukhus engageras samordnas och leds vid behov insatsen av den regionala medicinska katastrofledningen, RMKL. Det är PKMC som ansvarar för att denna regionala ledning etableras. Den regionala medicinska katastrofledningen har två ledningsplatser, dels i PKMC:s lokaler på Svangatan i Göteborg och dels i räddningstjänsten i Storgöteborgs lokaler i Gårda brandstation.

För den regionala medicinska katastrofledningen finns en fastställd stabsarbetsplan som beskriver roller, funktioner och arbetsmetodik. I en normalbemanning ingår åtta funktioner; chef, stabschef, händelseuppföljning, information och underrättelse, logistik och beredskap, samverkanstjänst, samband och underhåll samt psykosocial stödfunktion.

2.3 RBL/RTIB

I samband med att Västra Götalandsregionen bildades 1999 inrättades funktionerna regional tjänsteman i beredskap (RTIB) och regional beredskapsläkare (RBL) i syfte att öka tillgängligheten till regional samordning vid stora händelser i regionen. Genom dessa

funktioner finns en klar och entydig väg in till sjukvården i regionen. Organisationen är väl känd av regionens sjukvårdsorganisation och av samverkande myndigheter.

RTIB, lägst sjuksköterska, skall svara på sökning inom 5 minuter dygnet runt. Sökning sker i huvudsak från SOS Alarm och polis på förutbestämda kriterier eller då annan myndighet eller sjukvårdsorganisation vill ha kontakt. Initialt har RTIB det operativa, strategiska och normativa ledningsansvaret på regional nivå. RBL är ledningsutbildade läkare och skall svara på sökning från RTIB inom 15 minuter dygnet runt.

RTIB larmas på en eller flera kriterier vid händelser eller hot om händelser. RTIB bedömer händelsen och vidtar vid behov åtgärder. Det är RBL/RTIB-organisationen som utifrån en händelses art och omfattning kan sammankalla den regionala medicinska katastrofledningen.

2.4 Krisledningsnämnd

I enlighet med lag om extraordinära händelser i fredstid hos kommuner och landsting (SFS 2002:833) har regionen utsett en krisledningsnämnd. Regionfullmäktige har därvid utsett regionstyrelsen att utgöra regionens krisledningsnämnd och fullgöra uppgifter under extraordinära händelser som följer av lagen. Fullmäktige har även fastställt en plan för krisledningsnämndens hantering av extraordinära händelser i regionen.

Av planen regleras bland annat att krisledningsnämndens ordförande larmas av RTIB/RBL efter överläggning med regiondirektören eller hälso- och sjukvårdsdirektören. Nämndens ordförande beslutar när nämnden skall träda i funktion. Nämnden skall larmas vid händelser som kan komma att få stor påverkan på regionens hälso- och sjukvårdsverksamhet, både av ekonomisk och verksamhetsmässig art.

Planen för krisledningsnämnden stadgar också att RTIB/RBL utgör regionens regionala medicinska katastrofledning och har operativt ledningsansvar och ansvar att samordna regionens hälso- och sjukvårdsresurser. Funktionen har därvid rätt att disponera regionens samlade personella och materiella sjukvårdsresurser i akuta skeden.

3. HÄNDELSEFÖRLOPP – AKTIVITETER – ÅTGÄRDER

3.1 Larm och initiala åtgärder

Flodvågskatastrofen inträffade den 26 december kl 01.59 svensk tid. Kl 18.30 får Socialstyrelsen den första externa informationen om katastrofen. På kvällen samma dag kl 20.50 söker SOS Alarm RTIB och meddelar att Socialstyrelsens tjänsteman i beredskap vill ha kontakt. Kl 21.00 etableras kontakt och Per Kulling informerar om att det finns ett stort antal skadade svenskar som skall evakueras från Sydostasien, främst från Thailand. Per Kulling frågar vilken beredskap som finns i Västra Götalandsregionen och om regionen kan ta hand om ett större antal skadade svenskar.

RTIB meddelade att den regionala medicinska katastrofledningen kan vara igång snabbt om det skulle visa sig behövt och att sjukhusen i regionen kunde ta hand om skadade. Utifrån de uppgifter som lämnats av Socialstyrelsen och den information som gavs av massmedia kontaktade RTIB regional beredskapsläkare i beredskap, beredskapspsykologen, kommundirektören i Härryda kommun, SOS Alarm m f. Kontakt togs även med säkerhetschefen i Härryda kommun, som har ansvar för det psykosociala omhändertagandet på Landvetter flygplats samt informationschefen på Landvetter flygplats som aktiverade Wellfare-gruppen (flygplatsens krisgrupp för drabbade).

Redan under natten kom samtal från anhöriga till avlidna eller skadade i Thailand. De hänvisades till kommunernas POSOM-grupper (kommunens organisation för ledning och samordning av det psykologiska och sociala omhändertagandet av drabbade och anhöriga).

Första indikationen på att regionen skulle beröras var ett meddelande vid 23-tiden den 26 december från Landvetter flygplats om att ett plan från Thailand med cirka 360 passagerare beräknades landa på Landvetter den 28 december.

Under natten kontaktades RTIB av massmedia, som ville ha information om vilka åtgärder som planerades i regionen.

På morgonen och förmiddagen den 27 december kontaktades bland andra regiondirektören, hälso- och sjukvårdsdirektören, krisledningsnämndens ordförande, chefläkare vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset, polismyndigheten, PKL-ordförande vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset, beredskapssamordnaren Södra Älvsborgs sjukhus, NU-sjukvården och Skaraborgs Sjukhus, tjänsteman i beredskap landstinget Halland, Göteborgs kommun, länsstyrelsen, Stockholms läns landsting, och landstinget i Jönköpings län.

Vid lunchtid anordnade Socialstyrelsen en telefonkonferens mellan Västra Götalandsregionen, Stockholms läns landsting, Region Skåne och SOS Alarm i Stockholm. Information lämnas om antal väntade flyg och ev skadade svenskar ombord.

3.2 Regional medicinsk katastrofledning

För samordning och ledning av regionens agerande utifrån den information om katastrofen som förelåg på förmiddagen den 27 december, beslutade RTIB/RBL att upprätta regional medicinsk katastrofledning (RMKL). Staben var etablerad kl 12.15 den 27 december

i det förberedda ledningsrummet i PKMC:s lokaler på Svangatan i Göteborg. RMKL var aktiv t o m den 7 januari varefter det fortsatta arbetet ingick i PKMC:s ordinarie verksamhet.

Bemannning

RMKL bemannades i stort sett med de funktioner som återfinns i stabsarbetsplanen. Antal personer och funktioner varierade dock över tid. Grundbemanningen togs från PKMC, men för de nationella uppdragen, främst koordinering av sekundärtransporter, förstärktes RMKL med läkare från olika sjukhus. Dessa läkare ingick även i organisationen med regionala beredskapsläkare och hade därför god kännedom om den katastrofmedicinska organisationen i regionen.

Huvuduppgifter för RMKL

RMKL svarade för den övergripande regionala medicinska katastrofledningen. I denna funktion ingick många komponenter:

- Samordning av aktiviteter som berörde sjukhusen och primärvården

Återkommande inventeringar av tillgängliga vårdplatser vid regionens sjukhus genomfördes. Tillsammans med SU/Sahlgrenska och smittskyddsensheten förbereddes omhändertagandet av eventuellt infekterade patienter.

RMKL svarade för att det fanns en sjukvårdsorganisation samt en organisation av PKL-grupper på Landvetter flygplats för att ta hand om drabbade med behov av sjukvård eller psykosocialt omhändertagande. Organisationen och arbetet på Landvetter flygplats beskrivs i avsnitt 3.3.

RMKL hade täta kontakter med de intilliggande landstingen (Värmland, Halland, Örebro och Jönköping) om regionens pågående verksamhet med anledning av katastrofen.

- Information, intern och externt

Informationsbehovet var mycket stort. Informationssidan förstärktes därför med informatörer från regionens informationsavdelning. Funktionens uppgifter var att samla in och sammanställa såväl intern som extern information från myndigheter, kommuner, sjukvården etc samt att lämna intern och extern information. Bland annat producerades ett tiotal pressmeddelanden. Två presskonferenser anordnades.

Inom regionen fanns ett stort behov av information och RMKL informerade kontinuerligt sjukvårdsinrättningar, smittskyddsensheten, ambulanssjukvården, primärvården, regionledningen m fl. Informationskanaler som användes var telefon, fax, e-post, internet och intranät. Regionens interna och externa hemsida uppdaterades kontinuerligt.

Informationsarbetet beskrivs närmare i avsnitt 3.8.

- Myndighetskontakter

RMKL hade kontinuerliga kontakter med Socialstyrelsen, SOS Alarm i Göteborg och Stockholm, polismyndigheten, länsstyrelsen, katastrofledningsgruppen i Göteborgs kommun m fl.

- *Telefonkonferenser*

Ett viktigt forum för informationsutbyte och samordning var de telefonkonferenser som hölls dagligen. Redan den 27 december hölls två konferenser mellan Västra Götalandsregionen, Stockholms läns landsting; Region Skåne och SOS Alarm i Stockholm.

Sedermera utökades telefonkonferenserna till att omfatta även UD, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, Kunskapscentrum Katastrofpsykiatri, Rikskriminalen, Rikspolisstyrelsen, Krisberedskapsmyndigheten, Försvarsmakten m fl.

Telefonkonferenserna hölls två gånger per dag t o m den 4 januari och därefter en gång per dag den 6 och 7 januari. Totalt medverkade RMKL i 20 telefonkonferenser under perioden 27 december till 7 januari. Det var vid dessa telefonkonferenser som bland annat de nationella och internationella uppdragen gavs till landsting och regioner.

- *Frivillig personal*

RMKL tog emot intresseanmälningar från ett stort antal sjukvårdspersonal som erbjöd sina tjänster för arbete i Thailand och i Västra Götalandsregionen. Detta var ett stöd när RMKL fick i uppdrag att organisera sjukvårdsgrupper från regionen för uppdrag i Thailand.

- *Dagbok*

Under den tid RMKL var aktiverad fördes en dagbok (finns tillgänglig vid PKMC).

- Nationella och internationella uppdrag redovisas i kapitel 4.

3.3 Organisation Landvetter flygplats

Det stod tidigt klart att hemvändande svenskar skulle komma med flyg till Landvetter flygplats. Redan på kvällen den 26 december förvarnades att ett plan med 360 passagerare beräknades landa på Landvetter flygplats den 28 december. Diskussioner om hur organisationen skulle se ut och vilka resurser som krävdes på flygplatsen påbörjades därför i ett tidigt skede. Bland andra var RTIB i kontakt med Härryda kommun och Well-fare gruppen på flygplatsen för information och organisation av det psykosociala omhändertagandet.

POSOM-organisationen i Härryda kommun organiserade en personalstyrka om drygt 500 personer för omhändertagandet på flygplatsen. Personalen kom bl a från andra kommuners POSOM-organisationer, Svenska kyrka, Röda Korset m fl. Organisationen fanns t o m den 10 januari.

För sjukvårdens del svarade RMKL för att sjukvårdsresurser fanns på flygplatsen och att sjukhusen och primärvården fick information och underlag för bedömning av resursbehov. Detta kom att bli en av RMKL:s första uppgifter.

Initialt byggdes upp en sjukvårdsorganisation inför det första direktplanets ankomst till Landvetter. Sjukvårdsresurserna bestod av regional beredskapsläkare, tre sjukvårdsgrupper (läkare och sjuksköterska), inkl ambulanshelikoptern, PKL-grupper (15 personer) samt ambulansresurser. En uppsamlingsplats för skadade upprättades i ankomsthallen. Inför ankomsten av det andra planet den 29 december upprättades en likartad organisation. Ombord på de två direktplanen som landade på Landvetter fanns läkare, som kunde ge in-

formation om de skadade passagerarnas hälsotillstånd till mottagande regional beredskapsläkare.

Med de två direktplanen från Thailand anlände drygt 700 passagerare. Av dessa omhändertogs 14 på olika sjukvårdsinrättningar i södra och västra Sverige samt Norge. På förmiddagen den 29 december tillfrågades primärvårdschefen i Göteborg om möjligheterna för primärvården att öppna en dygnetruntbemannad vårdcentral på Landvetter flygplats. På eftermiddagen var ett primärvårdsteam organiserat och fanns på flygplatsen fram t o m den 9 januari. De första dagarna fanns primärvårdsteam (läkare och sjuksköterska) dygnet runt. När behovet sedan minskade upphörde bemanningen nattetid. Cirka 70 patienter fick behandling av primärvården under perioden.

Ett Herkulesplan från Såtenäs, bemannat med sjukvårdsgrupp från Lidköpings sjukhus, utförde sekundärtransporter med skadade från Arlanda flygplats till Landvetter flygplats den 1 och 5 januari. På Landvetter fanns ungefär samma bemanning med sjukvårdspersonal som vid direktplanens ankomst d v s regional beredskapsläkare, sjukvårdsgrupper, PKL-grupper och ambulansresurser. Med de två flygen anlände drygt 30 skadade passagerare som fördes till olika sjukhus i Västsverige. Förutom skadade medföljde även anhöriga och oskadade västsvenskar i planen.

Rapport från arbetet på Landvetter flygplats återfinns i bilaga 6.1.

3.4 Sjukhus

Under hela händelseförloppet hade RMKL täta kontakter med regionens sjukhus. Resursinventeringar avseende vårdplatser m m genomfördes kontinuerligt och rapporterades till RMKL. Flera sjukhus beslutade om stabsberedskap under vissa perioder.

Sjukhusen förberedde platser för hemvändande skadade passagerare. Bl a ställdes en särskild infektionsavdelning vid SU/Sahlgrenska till förfogande för infekterade Asienresenärer.

Sjukvårdsgrupp skickades till Landvetter flygplats från Borås sjukhus, SU/Mölnal, Kungälv sjukhus i anslutning till ankommande flyg.

För bemanning med PKL-grupper vid Landvetter flygplats svarade SU/Östra, Borås sjukhus, NÄL, Kungälv sjukhus, Uddevalla sjukhus, Alingsås lasarett, Sjukhuset i Lidköping och Kärn sjukhuset i Skövde

Cirka 80 personer fick sjukhusvård vid regionens sjukhus, främst Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Borås sjukhus, Uddevalla sjukhus och Kärn sjukhuset i Skövde. De flesta patienterna vårdades på Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

3.5 Primärvård

Förutom organisation av primärvårdsteam på Landvetter flygplats ökade primärvården i Göteborg öppethållandetiderna vid tre vårdcentraler vid olika tider mellan den 30 december och den 10 januari. Under denna period gjordes cirka 130 besök i primärvården i

Göteborg av Asienresenärer. Totalt gjordes drygt 400 primärvårdsbesök, hänförbara till katastrofen, i regionen.

Rapport från primärvården Göteborg återfinns i bilaga 6.2.

3.6 Ambulanssjukvård

Ambulanssjukvården i regionen blev inte särskilt hårt belastad. I första hand användes ambulansresurser från Göteborg och Borås vid uppställning av ambulanser på Landvetter flygplats i samband med ankomst av skadade passagerare. Ambulanssjukvården och ambulanshelikoptern transporterade 37 patienter från Landvetter flygplats till sjukhus.

Rapport från ambulanssjukvården SU återfinns i bilaga 6.3

3.7 Psykosocialt omhändertagande

Redan i ett tidigt skede stod det klart för RMKL att behovet av psykosocialt omhändertagande skulle bli avsevärt. 10 minuter efter Socialstyrelsens första kontakt på kvällen den 26 december kontaktade RTIB i regionen beredskapspsykologen för diskussion om uppläggning av det psykosociala arbetet.

Bland RMKL:s första åtgärder var därför att informera och förbereda sjukhusens PKL-organisationer (psykologisk och psykiatrisk katastrofledning).

För det psykosociala omhändertagandet svarade regionens PKL-organisation (och kommunernas POSOM-organisation (psykosocialt omhändertagande vid allvarliga händelser) i samarbete.

Under den tid RMKL var aktiv fanns under dagtid en funktion med uppgift att hålla samman den psykosociala organisationen. Bl a innebar detta att organisera PKL-grupper på Landvetter flygplats. PKL-grupper från samtliga sjukhus deltog i denna bemanning mellan den 28 december och 9 januari. Huvudansvaret för det psykosociala omhändertagandet på Landvetter åvilade den kommunala POSOM-organisationen. Regionens PKL-grupper bidrog med direkt omhändertagande av hemvändande resenärer på flygplatsen.

Beskrivningar av det psykosociala arbetet återfinns i bilaga 6.4.

3.8 Information och kommunikation

Informationsbehovet om händelserna i Sydostasien var mycket stort. Många var berörda och sökte information, och det var också många olika aktörer som behövde kommunicera med varandra.

Övergripande lägesrapporter och beslutsinformation av olika slag gavs främst via massmedia och UD:s hemsida. För Västra Götalandsregionen handlade det framför allt om att beskriva hur människor som anlände till Sverige från de katastrofdrabbade områdena blev omhändertagna – på Landvetter och på sjukhus och vårdcentraler, dvs av våra verksam-

heter – samt ge information med anknytning till uppdraget att koordinera det nationella ambulansflyget. Principen är att ge information som handlar om Västra Götalandsregionens uppdrag i en sådan här situation, men också att underlätta för interna och externa intressenter att hitta annan, anknytande information.

Intressenterna var många – bland andra anhöriga, allmänheten, regionanställda, kommunernas POSOM-grupper, andra myndigheter och organisationer – och informationen behövde anpassas till dem den var ägnad för.

De kanaler som användes var telefon, fax, e-post, Internet och intranät. Att fortlöpande använda Internet och intranätet för informationspublicering underlättar för både vidareinformation och förhindrar ”onödiga” kontakter direkt med personer som behöver ägna sig åt andra uppgifter.

Informatörer från PKMC och regionens informationsavdelning fanns i tjänst i staben vid RMKL, samt som pressjour och webbpublicerare. Informatörer fanns också i tjänst på sjukhusen och i viss mån även inom primärvården.

Extern information till medborgare, samverkande myndigheter m fl

På Västra Götalandsregionens externa hemsida publicerades fortlöpande information som kunde vara till nytta för både allmänhet, anhöriga och andra myndigheter. Det handlade till exempel om antalet förväntade vanliga plan och ambulansflyg till Landvetter, beredskapsläget vid regionens sjukhus och i primärvården, olika krisreaktioner som kan uppstå hos barn och vuxna, om risken för MRSA (multiresistenta stafylokocker), hygienrutiner, telefonnummer för passageraruppgifter för ambulansflygen, öppettider på vårdcentraler, fri akutsjukvård för hemvändande, påbjudande av tysta minuter och flaggning på halv stång samt sammanfattande lägesrapporter. Dessutom fanns länkar till andra aktörer/informationskällor, bland annat till alla kommuners hemsidor, där de flesta hade sin egen information om POSOM-grupper och annat stöd. Dock avstods, efter samråd med Göteborgs stadskansli, från att publicera information på andra språk än svenska.

Även sjukhusen publicerade information på sina externa hemsidor, främst kring hur de själva förberedde sig och sedan tog emot patienter, men även om extra öppet på vårdcentraler i respektive område, om krisreaktioner m m. Flera sjukhus länkade också till regionens hemsida. Utvärderingar visar emellertid att just webbpubliceringen på flera håll är sårbar, eftersom endast ett fåtal personer har möjlighet och kompetens att publicera.

Information till massmedia

Media hade flera möjligheter att få information om Västra Götalandsregionens insatser. Dels genom personlig kontakt med informationsavdelningens och sjukhusens pressjourer eller direkt med medlemmar i RMKL, dels genom pressinformation och övrig information via www.vgregion.se. Ett tiotal pressmeddelanden skickades rörande VGR:s sjukvårdsgrupper i Thailand, reaktioner hos hemvändande resenärer från katastrofområdena, höjd beredskap på sjukhus och i primärvården för att ta emot hemvändande, ambulansflyg som koordinerades från Västra Götaland, fri akutsjukvård för hemvändande, och om hur många skadade som tagits om hand på sjukhus och i primärvården i Västra Götaland. Även från sjukhusen och primärvården skickades pressmeddelanden ut med bland annat uppgifter om antal omhändertagna patienter. Presskonferenser hölls eftermiddagen den 28 december (med representanter för Västra Götalandsregionen, Göteborgs stad, polisen, länsstyrelsen m fl), efter krisledningsnämndens sammanträde den 3 januari samt den 6 januari med ett par personer ur sjukvårdsgrupperna som varit i Thailand.

Sjukhusens utvärdering visar att även om ett fåtal patienter togs omhand på andra sjukhus än Sahlgrenska Universitetssjukhuset, fanns ett starkt tryck från lokala medier att intervjua och få kommentarer från det närmaste sjukhuset. Detta fortsatte även flera dagar efter patienter anlant till Sverige och sjukhusen i Västra Götalandsregionen.

Intern information

Den interna informationen/kommunikationen berörde primärt vårdpersonal och katastrofledningar. Här skedde mycket av kommunikationen genom telefonkontakter mellan RMKL och de ansvariga inom vården. Dagligen skedde också rapportering per fax från sjukhusen till RMKL över antalet tillgängliga vårdplatser. Motsvarande rapportering (från både sjukhusen och primärvården) av antalet vårdsökande och ineliggande patienter borde också ha funnits, för att kunna ge en för Västra Götalandsregionen gemensam bild av läget. Många – både inom regionen och utifrån – ringde runt till sjukhusen för att skaffa samma uppgifter, vilket var ineffektivt och olika siffror florerade.

På regionens gemensamma intranät publicerades information om bland annat beredskapsläget i organisationen, rutiner och ansvar för avlidna som kommer till Sverige, arbetsgivaransvaret för personalens krishantering, beslut om fri akutsjukvård, påbjudande om tysta minuter och flaggning på halv stång, förberedelse för att journaluppgifter för identifiering kan behöva lämnas ut, hygienrutiner, fakta om MRSA m m. Informationen på intranätet hade som syfte att informera den egna personalen samt att underlätta vidareinformation, till exempel för personal inom sjukvårdsupplysning och telefonväxlar. Så gott som dagligen gjordes en sammanfattande lägesrapport som sändes per e-post till förvaltningschefer/motsvarande, regionstyrelsens ledamöter samt regionstyrelsens fackliga grupp. Ett första SMS-meddelande om katastrofen till regionstyrelsens ledamöter den 27 december tog som längst ett halvt dygn att nå fram, vilket gör den metoden mindre tillförlitlig att använda.

Sjukhusens intranät innehöll fortlöpande och omfattande ”lokal” information om olika aktiviteter som påverkade sjukhusens insatser och arbete samt praktisk information om kontaktpersoner, telefonnummer m m. Att observera är att vissa berörda verksamheter – exempelvis apoteken – inte kan nå information på intranäten, vilka är stängda för dem som tillhör utomstående organisationer.

På SU ordnades personalmöten i aulorna på både Sahlgrenska, Östra och Mölndal, vilket inte bara bidrog till klargörande information utan också till att anställda fick träffas. I Regionens Hus samlades personalen till möten på morgonen den 3 januari. En sammanfattning av Västra Götalandsregionens insatser skickades ut till Regionens Hus-cheferna inför mötet som underlag för information, även om det primära syftet med mötena var att ge tillfälle till återsamling efter helgerna.

I samband med krisledningsnämndens sammanträde den 3 januari, gick även chefsnyhetsbrevet ”i-linjen” ut med aktuell information.

Informatörerna i RMKL höll kontinuerlig kontakt med regionens pressjour, som i sin tur kunde vidareinformera och även ge återkoppling i form av vilka frågor som ställdes från journalisterna. Att informatörer finns med direkt i staben och stabsrummet är en förutsättning för att delta i diskussioner om kommunikationsbehoven och för att snabbt effektuera de informationsbehov som uppstår.

3.9 Krisledningsnämnden

Redan på morgonen den 27 december, när det stod klart att regionens hälso- och sjukvårdsverksamhet skulle komma att påverkas av katastrofen, tog RTIB kontakt med krisledningsnämndens ordförande och informerade om den aktuella situationen. På eftermiddagen samma dag besökte ordföranden den regionala medicinska katastrofledningen för lägesinformation. Under de närmaste dagarna hade ordföranden daglig kontakt med RMKL och informerade ledamöterna i krisledningsnämnden.

Ordföranden fattade under hand vissa strategiska beslut:

- Information om situationen sändes genom ordförandens försorg till regionstyrelsens ledamöter och ersättare via e-mail och sms.
- Ordföranden gav RMKL befogenheter att rekvidrera behövliga resurser i form av personal och materiel m m.
- Ordföranden beslutade att bevilja avgiftsbefrielse för det första besöket för akutsjukvård inom öppenvården både på sjukhus och i primärvård. Avgiftsbefrielsen avsåg återvändande skadade från Sydostasien från den 28/12 2004 till och med den 3/1 2005. Krisledningsnämnden beslutade den 3 januari att förlänga beslutet att gälla till och med den 31 januari 2005.

Ordföranden sammankallade krisledningsnämnden till ett sammanträde den 3 januari 2005 i PKMC:s lokaler. Vid sammanträdet fick nämnden information om RMKL:s arbete både regionalt, nationellt och internationellt. Krisledningsnämndens protokoll återfinns i bilaga 6.5.

I enlighet med lagen om extraordinära händelser anmäldes krisledningsnämndens beslut vid närmast följande fullmäktigesammanträde den 1 februari 2005.

4. UPPDRAG

4.1 Nationella uppdrag

4.1.1 Koordinering av sekundärtransporter (SNAM)

Den 29 december fick Luftfartsverket ett formellt uppdrag av UD att genomföra sjuktransporter med 2 st MD80-plan med svenskar från Thailand till Sverige. Därigenom kom "SNAM" (Svenska Nationella Ambulansflyget) att aktiveras. SNAM var inte helt färdigutvecklat med all utrustning, men flygplanen inreddes med utrustning som fanns tillgänglig och lyfte mot Thailand den 30 december.

RMKL hade redan den 28 december fått förfrågan från Luftfartsverket om att åta sig att koordinera sekundärtransporter inom Sverige. RMKL förklarade sig kunna utföra denna uppgift. Trots upprepade ansträngningar att få klartecken från Socialstyrelsen om uppdrag att koordinera sekundärtransporter fick RMKL uppdraget först på förmiddagen den 30 december.

Koordineringen av sekundärtransporter åtskiljdes från RMKL:s övriga uppgifter och koordineringsfunktionen handlades av sex regionala beredskapsläkare som arbetade i skift. Målet för koordineringen formulerades som att verka för att:

- hemvändande skadade med SNAM skulle snabbast möjligt transporteras till sitt hemlandsting,
- familjer skulle hållas ihop under sekundärtransporterna.

Det initiala uppdraget att koordinera sekundärtransporter från de två MD80-planen kom att utökas under de följande dagarna. SNAM-ledningen planerade ytterligare evakueringsflygningar av skadade samtidigt som skadade kom med olika reguljärflyg. En betydelsefull resurs som sattes in var Volvo-Ericsson-Skandias direktionsplan som ställdes till förfogande fr o m den 30 december. Andra resurser som fann att tillgå var Försvarsmakens Herkulesplan och helikoptrar, polishelikoptrar, SOS Flygambulans/NLA, markambulanser m m.

De flesta planen med hemvändande svenskar från Sydostasien gick till Arlanda flygplats. Detta medförde att det uppstod ett behov av vidaretransport inom Sverige av många passagerare.

En försvårande omständighet vid koordineringen och val av transportmedel för sekundärtransporter var de bristfälliga passagerarlistorna som kom till RMKL. Dels kom listorna sent och dels stämde de inte vilket bl a berodde på bristande kommunikationsmöjligheter från planen.

RMKL ombesörjde koordinering av sekundärtransporter av totalt 268 passagerare som anlände med olika flyg från Thailand. Transporterna fördelade sig enligt följande:

- Herkules-plan	52
- Ambulansflyg	33
- Helikopter	12
- Vägbundna	171

Rapport om koordineringen av sekundärtransporter återfinns i bilaga 6.6.

4.1.2 Inventering av tillgång till kistor

Vid telefonkonferensen den 29 december fick RMKL i uppdrag av utrikesdepartementet att inventera tillgången på kistor, godkända för civil flygtransport, som kan skickas till Thailand. På eftermiddagen samma dag redovisades uppdraget till utrikesdepartementet:

150 kistor med zink och ett tiotal kan produceras per dag.

179 liksäckar + tråkista

I stort sett obegränsad tillgång till urnor.

Barnkistor: 25 st med zink och 50 i trä.

4.1.3 Call –center

Den regionala medicinska katastrofledningen fick i uppdrag av Socialstyrelsen att koordinera sekundärtransporter för drabbade som kom från Thailand med ambulansflyg (se bilaga).

För att minska belastningen på RMKL och för att underlätta för närstående att få information om vilka passagerare som fanns med på olika ambulansflyg öppnades ett sk call-center på kvällen den 31 december.

Det första dygnet (fram till kl 14.30 den 1 januari) ansvarade inkallad personal vid regionens hus-växeln i Mariestad och växeln vid NÄL för denna funktion (ca 180 samtal). Därefter övertogs telefonfunktionen av ett call-center i Kalix (ca 400 samtal). Verksamheten avslutades den 8 januari. Då hade totalt cirka 580 samtal besvarats.

Call-centret i Kalix kom också att nyttjas av Utrikesdepartementet.

4.1.4 Sjukvårdsgrupp till Herkulesplan

På morgonen den 30 december ställdes flygvapnets Herkulesplan till förfogande med uppdrag att transportera hemvändande skadade från Sydostasien mellan Arlanda och Landvetter flygplats. Herkulesplanet var stationerat på Såtenäs varför RMKL fick förfrågan om sjukvårdsbemanning. Sjukhuset i Lidköping svarade för bemanningen. Sjukhuset har sedan tidigare särskilt utbildad personal för bemanning av Herkulesplan.

Herkulesplanet utförde två uppdrag mellan Arlanda och Landvetter med sjukvårdsbemanning från regionen. Det första uppdraget skedde den 1 januari, och sjukvårdsbemanningen under uppdraget var två läkare och fyra sjuksköterskor.

Det andra uppdraget utfördes den 5 januari, och sjukvårdsbemanningen under detta uppdrag var två läkare och två sjuksköterskor.

Totalt transporterades 52 personer med Herkules-planet.

Rapport från sjukvårdsgruppen återfinns i bilaga 6.7.

4.2 Internationellt uppdrag

Sjukvårdsgrupper till Thailand

Statsministern gav den 29 december Socialstyrelsen i uppdrag att organisera och sända två sjukvårdsgrupper från Västra Götalandsregionen till Phuket i Thailand.

Regionala medicinska katastrofledningsgruppen (RMKL) fick förfrågan från Socialstyrelsen samma dag kl.16.50 om möjligheten att skicka 2 sjukvårdsgrupper (6 läkare och 2 sjuksköterskor) och när de i så fall kunde avresa.

RMKL lämnade omedelbart svar att 2 grupper kunde skickas från VGR med i stort sett omedelbar avgång.

Uppdraget:

- förbereda/bistå MedEvac (medical evacuation) från flygplatsen
- vid behov behandla svenska medborgare på flygplatsen
- medtaga extra sjukvårdsutrustning
- hantera läkemedel skänkta av läkemedelsföretaget Pfizer

RMKL beslöt hur grupperna skulle sättas samman för att få en så bred kompetens som möjligt. Samtliga som tillfrågades svarade ja och alla samlades i PKMC:s lokaler kl 19.00 samma kväll.

Grupperna bestod av

- **Martin Wahl** Smittskyddsläkare VGR (samordningsansvar mot RMKL)
- Lennart Sjöholm Barnkirurg, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus
- Malte Almskog Internmedicinare /tillika allmän kirurg och anestesilog, Uddevalla sjukhus
- Klas Kaspersson Anestesiolog, ambulanshelikoptern och NÄL
- Svante Linden Anestesiolog, Uddevalla sjukhus
- Per Wiger Ortoped, Sahlgrenska universitetssjukhuset/Östra
- Lena Svensson IVA-sjuksköterska, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Mölndal och ambulanshelikoptern
- Berith Svärd Anestesisjuksköterska, Uddevalla sjukhus och ambulanshelikoptern

Flera hade tidigare arbetat i olika missioner utomlands (t ex Afghanistan, Afrika, Iran) En av läkarna och de båda sjuksköterskorna var utbildade i flygmedicin. Sjuksköterskorna är sedan 1988 lärare i katastrofmedicin och därmed knutna till PKMC

Under kvällen fick grupperna information om uppdraget och gemensamt diskuterades bl a vilken personlig och medicinsk utrustning de skulle ha med sig och hur utrustningen skulle kunna vara på plats till lunch dagen därpå, vilket vaccinationsskydd var och en hade (några fick kompletterande vaccinationer under kvällen), samt hur mycket kontanta medel grupperna skulle ha med sig.

Den personliga utrustningen bestod bl a av

- Kläder (bomull)
- Gula västar med funktionsbeteckning
- Inplastade telefonkort med aktuella telefonnummer

- Kontanter (USD)

Övrig utrustning ex:

- Journalhandling (togs fram av PKMC)
- Akutväskor (lånades från Räddningsverkets förråd)
- Infusionslösningar
- Läkemedel (skänktes av företag till Socialstyrelsen)
- Förbandsartiklar
- Prioriteringskort/skadekort enl MIMMS
- Handskar

Grupperna skulle medföra läkemedel som var skänkta av ett läkemedelsföretag. Läkemedel får dock inte föras över gräns till annat land utan att deklarerats. Flera av läkemedlen var dessutom klassade som narkotika. Problem att föra läkemedel över gränsen mellan Sverige och Norge liksom problem att föra in läkemedel i Thailand diskuterades. Alla papper på läkemedlen iordningställdes och Martin Wahl, som samordningsansvarig för grupperna, fick det medicinska ansvaret för läkemedlen. Det visade sig att det inte var några problem att föra läkemedlen över gränsen till Norge eller till Thailand.

Utrustningen som skulle tas med till Thailand fanns på PKMC vid lunchtid den 30 december.

Socialstyrelsen hade bokat plats på flyg från Gardemoen, Oslo den 30 december kl 22.15.

Grupperna transporterades till flygplatsen Gardemoen med hjälp av personal från räddningstjänsten Storgöteborg, som också ställde fordon till förfogande. SU/Sahlgrenska transportenhet transporterade utrustningen (ca 1 ton). Avresan från Göteborg påbörjades kl 14.00.

Region Skåne hade också förfrågan att skicka en sjukvårdsgrupp på tre personer. Denna grupp anslöt sig till Västra Götalandsregionens grupper på Gardemoen och ställdes efter önskemål från Region Skåne under smittskyddsläkaren Martin Wahls samordningsansvar.

Vid framkomst till Phuket delades gruppen från Västra Götalandsregionen och hälften fick åka vidare till Bangkok. RMKL hade kontinuerliga kontakter med grupperna under deras vistelse i Thailand. Gruppen som stannade kvar i Phuket kom åter till Sverige den 4 januari 2005, gruppen från Bangkok kom åter den 5 januari.

Vid hemkomsten möttes den hemvändande personalen på Landvetter flygplats av representanter från PKMC, som slussade dem bakvägen för att de skulle slippa journalister. Samtliga samlades på PKMC för en kort genomgång. Erbjudande om professionell defusing lämnades och var och en fick namn och tel nummer till en psykolog som var beredd att ta emot dem.

Drygt en vecka efter hemkomst kallade PKMC samman grupperna till ett internat för diskussion och erfarenhetsutbyte. Uppföljningsmöten har därefter hållits i Socialstyrelsens regi där några ur gruppen har medverkat.

Sjukvårdsgruppernas arbete i Thailand beskrivs i bilaga 6.8.

5. DISKUSSION – ERFARENHETER

I detta avsnitt diskuteras positiva och negativa erfarenheter av det bedrivna arbetet i RMKL.

Beredskapsfunktion

Genom funktionen med regional tjänsteman i beredskap finns en ingång i regionen för bl a larm från myndigheter. RTIB tog i initialskedet på sig ansvaret att företräda regionen gentemot Socialstyrelsen och svarade dessutom för alla kontakter med såväl enheter inom regionen som andra myndigheter och organisationer. Därigenom spreds informationen snabbt och förberedelser kunde vidtas i ett tidigt skede.

Krisledningsnämnden - regionledningen

Flodvågskatastrofen var den första händelse som regionens krisledningsnämnd engagerats i. Nämndens ordförande var engagerad i RMKL:s arbete så gott som dagligen. Det mesta handlade om att nämnden hölls informerad om RMKL:s arbete men nämnden var också aktiv genom att fatta vissa beslut. Samarbetet med krisledningsnämnden fungerade mycket bra.

Även samarbetet med regionens tjänstemannaledning fungerade mycket bra och responsen från regionledningen, liksom från krisledningsnämnden, över RMKL:s arbete var mycket positiv.

Kontaktnät - samverkan

RMKL har erfarenheter från tidigare inträffade händelser i regionen och har därigenom ett väl inarbetat och förankrat kontaktnät, både inom regionen och med andra myndigheter och organisationer. Detta är en förutsättning för att arbetet skall kunna bedrivas effektivt. Vid en så stor händelse som tsunamin är ett fungerande samarbete en förutsättning för att bl a

Ett bra initiativ som visade sig vara värdefullt ur samverkanssynpunkt var Socialstyrelsens dagliga telefonkonferenser. Genom dessa förmedlades bl a de uppdrag som de statliga myndigheterna lade ut på landsting och regioner. Inför framtida händelser är detta en god modell att bygga informationsutbyte på.

Stabsarbete

I och med vidtagna förberedelser för regional medicinsk katastrofledning kunde staben sättas igång med kort varsel.

Stabsrummet i PKMC:s lokaler visade sig fungera mycket bra under hela perioden. Vid en så lång insats som det var fråga om är det också ovärderligt med de övriga lokaler (vilrum, dusch, matsal, kök och ett stort antal expeditioner m m) som PKMC disponerar.

För att ett stabsarbete skall fungera är det viktigt att personalen är väl sammansvetsad. Stommen av stabspersonerna utgjordes av RTIB, RBL, befattningshavare inom PKMC samt förstärkningar från regionkansliet beträffande informationsfunktionen. Kompetensnivån hos stabspersonalen var mycket hög.

Call-centerverksamhet

Vid katastrofer där det finns ett stort informationsbehov är det viktigt att det finns ett telefonnummer för närstående till direkt drabbade att ringa. Call-centerverksamheten kom igång först efter fem dygn, vilket innebar att olika myndigheter, kommuner, landsting etc belastades med telefonsamtal från närstående. Samarbetet mellan RMKL och call-centret fungerade mycket bra.

Inför framtiden bör en call-centerverksamhet förberedas så att den snabbt kan aktiveras. Olika aktörer, myndigheter etc, bör kunna använda sig av samma call-center, vilket bör underlätta för närstående och allmänhet.

Utsändande av sjukvårdspersonal till andra länder

RMKL hade inga som helst problem att få ihop sjukvårdspersonal till sjukvårdsgrupper när uppdraget kom från Socialstyrelsen. Det fanns en mycket positiv vilja att ställa upp. Med mycket kort varsel löstes de frågor som kom upp.

Västra Götalandsregionen kan därför vid uppkommande behov av sjukvårdspersonal för tjänstgöring utomlands ordna lämpliga sjukvårdsgrupper.

Inför framtiden och eventuellt nya uppdrag i andra länder bör dock vissa rutiner förberedas:

- Vilken kompetens efterfrågas i en specifik situation?
- ID-handlingar och namnskyltar skall vara förberedda.
- Vaccinationer för aktuellt område.
- Förbereda kommunikationsutrustning som mobiltelefoner och abonnemang.
- Utrustning; kläder, identifikationssymboler, förpackningsmateriel för utrustning.

Koordinering av sekundärtransporter

Under tsunamin koordinerade RMKL 268 sekundärtransporter för hemvändande svenskar. Som nämnts i kapitel 4.1 utökades RMKL:s uppdrag från att i initialskedet omfatta två ambulansflyg (SNAM) till att innefatta alla svenskar som kom till Sverige. För en effektiv och adekvat koordinering är det viktigt att det finns korrekta passagerarlistor. Så var tyvärr inte fallet under tsunamikatastrofen. En metod för att få korrekta uppgifter måste därför tas fram. Uppgifter om passagerarnas medicinska tillstånd är av stor betydelse för hur fortsatt transport skall ordnas. Ett sätt att få dessa uppgifter är att på ett tidigt stadium skicka ut rekognoseringssteam/förtrupper för att inventera transportbehovet och förbereda passagerarlistor.

För en effektiv koordinering av sekundärtransporter krävs att samordningsfunktionen har tillgång till folkbokföringsregistret för att utröna vilket landsting en patient hör till. Viktigt är också att det finns möjlighet att ha kommunikation med de flygplan som transporterar hemvändande svenskar, varför viss kommunikationsutrustning bör finnas tillgänglig.

Trots de svårigheter som förelåg under koordineringsarbetet lyckades RMKL med uppgiften att ordna sekundärtransporter för hemvändande svenskar. Västra Götalandsregionen är därför villig att åta sig en samordningsfunktion vid kommande händelser. Med en noggrann analys som grund bör det vara möjligt att skapa ett väl fungerande system för koordinering av sekundärtransporter. I det sammanhanget är det viktigt att det på förhand är klarlagt hur de ekonomiska frågorna skall lösas.

Nationella och internationella uppdrag i ett generellt perspektiv

Inför framtiden finns vissa rutiner som måste ses över i samband med tillskapandet av en beredskapsorganisation för att omhänderta personer med hemvist i Sverige vid katastrofer utomlands. Under tsunamin löstes de givna uppgifterna, men framöver krävs att bl a följande delar är klarlagda innan uppdrag ges:

- Ansvar och befogenheter skall vara tydligt definierade.
- De ekonomiska förutsättningarna skall vara klarlagda. Det gäller kostnader för såväl personal, material m m som för ianspråkta resurser i övrigt.
- En organisation för att ta hand om uppkomna situationer måste förberedas. I detta ligger också förmåga och möjlighet att bedöma behovet av sjukvårdsinsats.
- För att snabbt kunna mobilisera kompetent personal måste förberedelser i form av t ex förteckningar över kompetent personal upprättas.

Ovan angivna punkter är endast en del som bör beaktas. Regeringen har gett både Socialstyrelsen och Räddningsverket i uppdrag att se över beredskapen vid händelser som berör svenskar utomlands. Genom dessa uppdrag kommer förhoppningsvis beredskapsorganisationen att bli tydligare.
