

Beredskapen för att omhänderta personer med hemvist i Sverige vid stora olyckor och katastrofer utomlands

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är en *Skrivelse*. Det innebär att den innehåller nya eller ändrade ställningstaganden från Socialstyrelsen i form av ett meddelande eller en avrapportering. Den kan också innehålla förfrågningar eller begäran/ anhållan om yttranden eller synpunkter på t.ex. remissversioner. Skrivelser är riktade till en eller flera tydliga adressater, t.ex. regeringen, landsting, kommuner, vårdgivare m.fl.

Innehåll

<i>Sammanfattning</i>	5
<i>Författningsförslag</i>	7
Förslag till lag om katastrofmedicinska insatser i utlandet vid en stor olycka eller katastrof	7
Förslag till förordning om katastrofmedicinska insatser i utlandet vid en stor olycka eller katastrof	7
Förslag till förordning om ändring i förordning (1996:570) med instruktion för Socialstyrelsen.....	9
<i>Inledning</i>	10
Uppdraget.....	10
Avgränsningen av uppdraget	10
Arbetets uppläggning	11
Andra aktuella utredningar m.m.	12
<i>Nuvarande rättsliga reglering</i>	18
Individens eget ansvar.....	18
De privata aktörernas ansvar	18
Vistelselandets ansvar	20
Det offentligas ansvar	21
<i>Överväganden och förslag</i>	33
Utgångspunkter	33
Medicinsk expertgrupp för behovsbedömning	37
Katastrofmedicinska insatser utomlands	39
Bemyndigande.....	41
Beslut om en katastrofmedicinsk insats.....	42
Ledning och samordning av den katastrofmedicinska insatsen.....	44
Katastrofmedicinsk beredskap.....	45
Hälso- och sjukvårdspersonal som anmäler sig frivilligt.....	46
Kostnader m.m.....	47
<i>Författningskommentarer</i>	50
Förslaget till lag om katastrofmedicinska insatser i utlandet vid en stor olycka eller katastrof	50
Förslaget till förordning om katastrofmedicinska insatser i utlandet vid en stor olycka eller katastrof	51

Förslaget till förordning om ändring i förordning (1996:570) med instruktion för Socialstyrelsen.....	53
<i>Bilaga – rapport från arbetsgrupperna för bedömningsenhet respektive sjukvårdsenheter</i>	55

Sammanfattning

Socialstyrelsen har haft i uppdrag att se över beredskapen för att omhänderta personer med hemvist i Sverige vid en stor olycka eller katastrof i utlandet. Socialstyrelsen föreslår bl.a.

- att vissa landsting skall få göra katastrofmedicinska insatser i utlandet i en situation då många människor med hemvist i Sverige drabbas av en stor olycka eller katastrof. En insats kan bli aktuell när behoven är så stora att resurserna på platsen inte räcker till. Mindre olyckor och andra händelser med endast några få människor med hemvist i Sverige inblandade får hanteras på samma sätt som idag.
- att en medicinsk expertgrupp för behovsbedömning skall finnas i beredskap. Expertgruppen skall bedöma behovet av en katastrofmedicinsk insats. Det är Socialstyrelsen som, i samråd med andra berörda myndigheter, beslutar att gruppen skall träda i funktion.
- att Regeringskansliet får besluta att en katastrofmedicinsk insats i utlandet skall inledas. Beslutet grundas bl.a. på den information som lämnas av den medicinska expertgruppen.
- att Socialstyrelsen samordnar landstingens insats och ser till att tillgängliga resurser nyttjas på bästa sätt. Det innebär bl.a. att Socialstyrelsen får besluta om förflyttning av hälso- och sjukvårdspersonal och patienter, sjukvårdsmateriel och läkemedel samt i övrigt besluta om användandet av landstingens resurser. Den direkta ledningen på platsen sker på motsvarande sätt som om det hade varit en insats i Sverige.
- att vissa landsting skall planera sin hälso- och sjukvård så att en beredskap för katastrofmedicinska insatser i utlandet kan upprätthållas. Socialstyrelsen samordnar och övervakar planeringen och får träffa överenskommelser med landstingen om de närmare villkoren för den beredskap som skall upprätthållas.
- att landstingen skall ha rätt till skälig ersättning av staten för de kostnader som uppstått i samband med en insats i utlandet samt för sina kostnader i samband med planeringen.
- att en beredskap skall finnas för att bemöta och ge information till hälso- och sjukvårdspersonal som anmäler sig frivilligt i samband med en stor olycka eller katastrof i utlandet.

Socialstyrelsen förslag förutsätter att förändringar görs i regelverket. Socialstyrelsen föreslår därför att en lag om katastrofmedicinska insatser i utlandet vid en stor olycka eller katastrof införs. Vidare föreslås en förordning om katastrofmedicinska insatser i utlandet vid en stor olycka eller katastrof samt en ändring i förordning (1996:570) med instruktion för Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen har tagit fram sina förslag i samverkan med andra berörda myndigheter. De katastrofmedicinska insatserna föreslås kunna ingå som en del i en myndighetsgemensam insats. Syftet är att stödja den svenska utlandsmyndigheten och de nödställda.

Författningsförslag

Förslag till lag om katastrofmedicinska insatser i utlandet vid en stor olycka eller katastrof

1 § Det landsting som regeringen bestämmer får göra katastrofmedicinska insatser i utlandet i en situation då många människor med hemvist i Sverige drabbas av en stor olycka eller katastrof.

Med katastrofmedicinska insatser avses åtgärder som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

De katastrofmedicinska insatserna får göras utan sådan anknytning till landstingets område eller dess medlemmar som avses i 2 kap. 1 § kommunallagen (1991:900).

2 § Landstinget skall planera sin hälso- och sjukvård så att en beredskap för katastrofmedicinska insatser i utlandet kan upprätthållas.

3 § Landstinget skall ha rätt till skälig ersättning av staten för de kostnader för katastrofmedicinska insatser i utlandet som uppstått till följd av en stor olycka eller katastrof.

Landstinget skall även få ersättning av staten för sina kostnader i samband med planeringen enligt 2 §.

Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela föreskrifter om ersättningens storlek.

4 § Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela särskilda föreskrifter om katastrofmedicinska insatser i utlandet.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2006.

Förslag till förordning om katastrofmedicinska insatser i utlandet vid en stor olycka eller katastrof

Regeringen föreskriver följande med stöd av 4 § lagen om katastrofmedicinska insatser i utlandet vid en stor olycka eller katastrof.

Inledande bestämmelse

1 § I denna förordning ges kompletterande föreskrifter till lagen om katastrofmedicinska insatser i utlandet vid en stor olycka eller katastrof.

Definitioner

2 § I denna förordning avses med

allvarlig händelse	händelse som är så omfattande eller allvarlig att resurserna måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt
beredskap	tillstånd att vara beredd på kommande händelseutveckling
katastrof	allvarlig händelse där tillgängliga resurser är otillräckliga i förhållande till det akuta behovet och belastningen är så hög att normala kvalitetskrav trots adekvata åtgärder inte längre kan upprätthållas
katastrofmedicinska insatser	åtgärder som krävs för att omhänderta drabbade och minimera de somatiska och psykiska följdverkingarna vid stor olycka eller katastrof
ledning	aktivitet som syftar till att definiera en verksamhets uppgift och se till att tillgängliga resurser samordnas och nyttjas på bästa sätt för att denna uppgift skall kunna lösas
stor olycka	allvarlig händelse där tillgängliga resurser är otillräckliga i förhållande till de akuta behoven, men där det genom omfördelning av resurser och förändrad teknik är möjligt att upprätthålla normala kvalitetskrav

Befogenhet att göra katastrofmedicinska insatser i utlandet

3 § Det är Stockholms läns landsting, Västra Götalandsregionen, Region Skåne, Landstinget i Östergötland, Uppsala läns landsting och Västerbottens läns landsting som får göra sådana katastrofmedicinska insatser som avses i 1 § lagen om katastrofmedicinska insatser i utlandet vid en stor olycka eller katastrof.

Beslut om att inleda en katastrofmedicinsk insats i utlandet

4 § Regeringskansliet får besluta att en katastrofmedicinsk insats skall inledas när en stor olycka eller katastrof har inträffat i utlandet.

Ledningen av den katastrofmedicinska insatsen

5 § Socialstyrelsen får besluta om förflyttning av hälso- och sjukvårdspersonal och patienter, sjukvårdsmateriel och läkemedel samt i övrigt besluta om användandet av landstingens resurser i utlandet.

Katastrofmedicinsk beredskap

6 § Det är Stockholms läns landsting, Västra Götalandsregionen, Region Skåne, Landstinget i Östergötland, Uppsala läns landsting och Västerbottens läns landsting som skall hålla en sådan beredskap för katastrofmedicinska insatser som avses i 2 § lagen om katastrofmedicinska insatser i utlandet vid en stor olycka eller katastrof.

7 § Socialstyrelsen samordnar och övervakar planeringen av den katastrofmedicinska beredskapen.

Socialstyrelsen får träffa överenskommelse med landstingen om de närmare villkoren för den beredskap som skall upprätthållas.

Övrigt

8 § Socialstyrelsen skall fortlöpande underrätta Regeringskansliet om de beslut som fattas med stöd av denna förordning.

Förslag till förordning om ändring i förordning (1996:570) med instruktion för Socialstyrelsen

Regeringen föreskriver att det i förordningen skall införas en ny paragraf, 5 §, av följande lydelse.

5 § Socialstyrelsen skall i samverkan med berörda myndigheter och organisationer förbereda så att Socialstyrelsen, i en situation då många människor med hemvist i Sverige drabbas av en stor olycka eller katastrof i utlandet, med kort varsel i ett inledande skede kan stödja Regeringskansliet, utlandsmyndigheten och de nödställda.

Socialstyrelsen skall informera Regeringskansliet (Socialdepartementet) om de åtgärder myndigheten avser att vidta med stöd av första stycket.

Inledning

Uppdraget

Regeringen har i beslut den 10 mars 2005 uppdragit åt Socialstyrelsen att inom sitt verksamhetsområde lämna förslag inom vissa områden för en situation då många människor med hemvist i Sverige drabbas till följd av allvarlig olycka eller katastrof i utlandet. Detta skall ske i samverkan med Statens räddningsverk (Räddningsverket), Sveriges kommuner och landsting samt andra berörda. Förslagen skall omfatta:

- organisation och plan för att möta en situation med många drabbade utanför Sveriges gränser
- ansvar och befogenheter för myndigheter och organisationer inom Socialstyrelsens verksamhetsområde på lokal, regional och nationell nivå
- struktur för hur samverkan med andra myndigheter och organisationer bör formaliseras och vilken akut beredskap som behöver hållas
- beredskap för att i ett mycket tidigt skede sända svensk sjukvårdsexpertis till katastrofplatser för att bedöma behovet av sjukvårdsinsats
- beredskap för att sända svenska sjukvårdsteam utomlands för att ta hand om personer med hemvist i Sverige. Frågor som behöver lösas är bl.a. vårdgivaransvar, logistik, sjuktransporter, organisation och ledning på plats
- beredskap för att tillsammans med andra myndigheter och organisationer bemöta den resurs av hälso- och sjukvårdspersonal som anmäler sig frivilligt vid en katastrof.

I uppdraget ingår också att identifiera kostnader och lämna förslag på finansiering samt ge förslag till de författningsändringar som Socialstyrelsen finner nödvändiga.

Av uppdraget framgår att Socialstyrelsen senast den 31 mars 2005 skall redovisa arbetsläget till Socialdepartementet. Uppdraget skall slutredovisas senast den 31 mars 2006.

Avgränsningen av uppdraget

Enligt uppdraget skall Socialstyrelsen lämna förslag om beredskap för svenska hälso- och sjukvårdsinsatser i utlandet. Socialstyrelsen har valt att avgränsa uppdraget till att omfatta katastrofmedicinska insatser och krisstöd. Sjuktransporter skall ses som en del av den katastrofmedicinska insatsen.

Däremot har Socialstyrelsen inte sett som sin uppgift att lämna förslag på t.ex. räddningstjänstens eller polisens område. Redovisningen omfattar inte heller den konsulära beredskapen, som utrikesförvaltningen ansvar för.

Redovisningen av uppdraget omfattar endast de insatser som görs i utlandet. Det innebär att hänsyn inte har tagits till t.ex. beredskapen för mottagandet av drabbade på svenska flygplatser. Sjukvårdshuvudmännen har redan idag ett ansvar för att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls inom Sveriges gränser.

När det gäller beredskapen att bemöta den resurs av hälso- och sjukvårdspersonal som anmäler sig frivilligt har Socialstyrelsen valt att avgränsa uppdraget till att gälla den personal som vid tidpunkten för den stora olyckan eller katastrofen befinner sig i Sverige.

Socialstyrelsen har inte utrett frågor om arbetsrätt eller socialförsäkringsfrågor i samband med katastrofmedicinska insatser i utlandet.

Socialstyrelsen har i sin rapport lämnat förslag på ett regelverk som möjliggör katastrofmedicinska insatser i utlandet. Vidare har Socialstyrelsen översiktligt beskrivit hur den katastrofmedicinska beredskapen kan komma att se ut. Om Socialstyrelsens förslag till författningsreglering genomförs, blir det nödvändigt att fortsätta planera för att kunna upprätthålla en beredskap. Såväl landstingen, Socialstyrelsen som övriga berörda myndigheter kommer att vara involverade i detta arbete.

Arbetets uppläggning

Arbetet har bedrivits i olika faser och har innehållit olika delmoment. Inledningsvis gjordes en granskning av vad som skulle utredas utifrån utformningen av regeringsuppdraget. Vidare gjordes en genomgång av nuvarande rättsliga reglering på området. Den 31 maj 2005 redovisade Socialstyrelsen arbetsläget till Socialdepartementet.

Socialstyrelsen konstaterade att ett flertal andra utredningar och aktiviteter pågick på krisberedskapens område och att myndighetens utredningsuppdrag är en del i en större helhet. Så långt det är möjligt har Socialstyrelsen tagit hänsyn till dessa olika utredningsuppdrag och försökt bidra till en samordning av förslagen till åtgärder.

Socialstyrelsen har haft en löpande samverkan i en samverkansgrupp. Det nämns särskilt i regeringsuppdraget att Socialstyrelsen skall samverka med Statens räddningsverk och Sveriges kommuner och landsting. I samverkansgruppen har dessa aktörer ingått liksom Rikspolisstyrelsen och Utrikesdepartementet.

Uppdraget har genomförts av en projektgrupp och arbetsgrupper. I projektgruppen har övergripande frågor, som rör juridik, etik och finansiering, behandlats. Författningsförslagen har utarbetats inom projektgruppen. I arbetsgrupperna har bl.a. frågor om en bedömningsenhet, hälso- och sjukvårdsinsatser, sjuktransporter, ledning och bemötande av frivilliga behandlats. Också i detta arbete har åtskilliga externa kontakter förekommit, bl.a. med företrädare för Krisberedskapsmyndigheten, Försvarmakten, ett antal landsting, Luftfartsstyrelsen samt Svenska kyrkan, Rädda Barnen och Röda Korset.

Andra aktuella utredningar m.m.

De frågor som Socialstyrelsen behandlar i denna rapport gränsar till utredningsarbeten som genomförs och genomförts av andra statliga utredningar och myndigheter.

Statens räddningsverk

Regeringen har gett Statens räddningsverk i uppdrag att i samverkan med berörda myndigheter och organisationer förbereda så att verket, i en situation då många människor med hemvist i Sverige drabbas till följd av en allvarlig olycka eller katastrof i utlandet, med kort varsel i ett inledande skede kan stödja utlandsmyndigheter och nödställda.

Räddningsverket har i samverkan med Socialstyrelsen, Rikspolisstyrelsen och Utrikesdepartementet utarbetat ett förslag på en *stödstyrka*, som med kort varsel kan sändas till ett krisområde för att stödja svenska utlandsmyndigheter och nödställda.

Stödstyrkan skall sändas till krisområdet för att undersöka följderna av krisen och planera insatsen, etablera en samordningsstab, upprätta ett informationscenter samt ge enklare hälso- och sjukvård och krisstöd.

För snabb lägesanalys, behovsbedömning och återrapportering skall först en *bedömningsenhet* skickas ut (inom sex timmar efter beslut). Bedömningsenheten, som är en del av stödstyrkan, skall påbörja etableringen av en samordningsstab till stöd för utlandsmyndigheten i området. Verksamheten i det drabbade området stöds även av en stabsverksamhet i Sverige.

Stödstyrkans organisation och beredskap bygger på befintliga resurser inom Räddningsverket, andra myndigheter, organisationer och andra aktörer. I bedömningsenheten ingår hälso- och sjukvårdspersonal (1 - 2 personer). Också i övriga delar av stödstyrkan ingår hälso- och sjukvårdspersonal som bl.a. skall ansvara för hälso- och sjukvården vid informationscentret.

Regeringskansliet

Regeringen har nyligen inrättat en krisenhet inom Statsrådsberedningen, som heter beredskaps- och analysenheten, vars uppgift är att biträda regeringen.

Syftet med krisenheten är att vara en larmfunktion och en samlad instans för bearbetning och analys av information inom Regeringskansliet i händelse av en kris inom eller utanför landets gränser. Enheten skall arbeta med omvärldsbevakning för att kunna ge en tidig förvarning och snabbt slå larm vid en kris. Den skall ge underlag som gör en effektiv samordning mellan berörda aktörer möjlig. Dygnet runt skall information samlas, bearbetas och analyseras. Enheten kommer att ha tillgång till öppna och hemliga källor.

Avsikten är inte att krisenheten skall ta över någon annans arbete, utan att samla information och belysa olika aspekter. Fackdepartementen och myndigheterna behåller sitt nuvarande ansvar.

Utrikesdepartementet

Utrikesdepartementet har den 1 juni 2005 fattat ett inriktningsbeslut om utrikesförvaltningens krisberedskap och konsulära verksamhet.

Inriktningsbeslutet omfattar det arbete som pågår inom utrikesförvaltningen och skall ses som en del av de samlade ansträngningar som görs från samhällets sida för att förbättra krisberedskapen. Det arbete som sker inom UD och utrikesrepresentationen skall, enligt inriktningsbeslutet, harmonisera med det som sker i övriga Regeringskansliet, hos myndigheterna och hos andra aktörer.

Det bedrivs ett omfattande utvecklingsarbete för att stärka utrikesförvaltningens krisberedskap och konsulära verksamhet. Inriktningsbeslutet utgör ett styrande dokument för arbetet. En lägesrapport lämnades den 15 november 2005.

Åtgärder för att förstärka den konsulära krisberedskapen har genomförts.

Exempel på detta är inrättandet av en konsulär beredskapsstyrka och en snabbinsatsstyrka. Vidare har utlandsmyndigheternas beredskapsplanering stärkts och fått en bredare ansats. Konsulära stödjepunkter är på väg att inrättas vid ett 20-tal utlandsmyndigheter för att höja beredskapen på lokal och regional nivå. Dessa skall med kort varsel kunna förstärka en annan utlandsmyndighet i regionen. En särskild chefstjänstemannafunktion, ett utrikesråd för konsulära frågor, har inrättats.

Ett 30-tal tjänstemän i UD har rekryterats till den konsulära beredskapsstyrkan. Dessa tjänstemän skall, i händelse av en omfattande kris, kallas in till UD och i första hand ta emot och lämna information till anhöriga i Sverige.

För att med kort varsel kunna stärka utlandsmyndigheterna i samband med en krissituation har ett 30-tal tjänstemän från UD rekryterats till en snabbinsatsstyrka. I insatsstyrkan ingår, förutom generalister och konsulära tjänstemän, även tjänstemän ansvariga för kommunikations- och IT-frågor.

Beredskapsplaneringen för utlandsmyndigheterna breddas till att innefatta olika krissituationer. De nya planerna utarbetas på grundval av särskilda hot- och riskbedömningar för extraordinära händelser och i nära samverkan med bl.a. Krisberedskapsmyndigheten och Statens räddningsverk.

Katastrofkommissionen

2005 års katastrofkommission, överlämnade den 1 december 2005 betänkandet Sverige och tsunamin – granskning och förslag (SOU 2005:104).

Katastrofkommissionens uppgift har varit att utvärdera hur riksdagen, regeringen och de centrala myndigheterna, inklusive Regeringskansliet och utlandsmyndigheterna, har agerat med anledning av naturkatastrofen (tsunamin) i Asien. Mot bakgrund av sin utvärdering har kommissionen också haft i uppdrag att peka på eventuella behov av förändringar av organisation, rutiner för samverkan, styrning, hantering av information och övriga rutiner för krishantering, i syfte att stärka beredskapen och samhällets förmåga att hantera sådana händelser som drabbar ett stort antal svenskar utanför vårt land.

Kommissionens slutsatser innebär i huvudsak förtydliganden, och inga väsentliga förändringar, av den grundläggande ansvarsfördelning som råder

mellan den enskilda medborgaren, de privata aktörerna och staten. Även om de enskildes och de privata aktörernas primära ansvar ligger fast, anser kommissionen att staten med utgångspunkt i medborgarnas förväntningar har ett ansvar som yttersta garant för medborgarnas säkerhet och trygghet.

Det offentliga åtagandet när det gäller svenskar utomlands måste enligt kommissionens mening ges en delvis ny innebörd till följd av internationaliseringen. Det går inte längre att knyta den offentliga förvaltningens uppgift snävt till Sveriges territorium. Förmågan att värna svenska medborgare och deras intressen utanför landets gränser måste utvecklas. Det innebär i sig inte någon förändring av den grundläggande ansvarsfördelningen mellan individen och staten utan är en anpassning till nya förutsättningar.

Kommissionen föreslår inte ändringar av de fundamentala lagliga förutsättningarna, utan överväganden görs inom ramen för gällande regeringsform. Maktutövning skall även i en kris vara lagbunden. Sålunda skall inte särskilda regler för krishantering bygga på den så kallade konstitutionella nödrätten.

Regeringen har enligt kommissionen en mångfald uppgifter att lösa i situationer av det här slaget. Den måste t.ex. bilda sig en korrekt bild av läget och identifiera vilka åtgärder som skall vidtas. Viktiga aktörer på regional och lokal nivå, organisationer utanför den offentliga sfären och allmänheten behöver informeras. Vidare kan kontakter behöva upprätthållas med andra länders regeringar.

Kommissionen föreslår att en krisenhet inrättas i Regeringskansliet, som bör placeras i Statsrådsberedningen. Krisenhetens övergripande uppgift är att vara regeringen behjälplig med dessa uppgifter genom att vara dess huvudinstrument för strategisk ledning av förvaltningen under en kris. Inriktningen är alltså strategisk, men i uppdraget kommer också att ligga operativa uppgifter i krisens inledningsskede för att inte tid skall gå förlorad. Till sådana tidiga operativa uppgifter kan höra att sätta i gång räddnings- och akutsjukvårdsinsatser, beställa transportkapacitet, förbereda en informationsinsats och mobilisera bevakningsresurser. För att möjliggöra en snabb insats vid en stor katastrof bör chefen för krisenheten ha befogenhet att initiera vissa insatser i avvaktan på att regeringen sammankallas.

Vidare konstaterar kommissionen att det är på den vanliga myndighetsnivån som de operativa funktionerna – bland annat räddningstjänsten, polisen och sjukvården – finns. Här finns ett samordningsbehov. Regeringskansliet och krisenheten har därför under regeringen en viktig roll i att åstadkomma en samordnad och sammanhållen ledning vid alla stora kriser. Denna uppgift kan, enligt kommissionen, fullgöras genom informella kontakter mellan krisenheten och myndighetscheferna eller med stöd av bestämmelser av både mer allmän och mer direkt genomförande karaktär.

En möjlighet är att reglera saken i relevanta förordningar med myndighetsinstruktioner. Förordningslösningar har dock, fortsätter kommissionen, sina begränsningar när det kommer till verksamhet som rör myndighetsutövning eller lagtillämpning. På det området fordras lagar.

Inom krisberedskapsområdet finns också lagar som innehåller bemyndiganden för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela ytterligare föreskrifter. Det gäller bl.a. ämnet "skydd för liv, personlig säkerhet och hälsa" (8 kap. 7 § första stycket regeringsformen). Detta

ger utrymme för regeringen att för vissa här aktuella fall i särskilda situationer delegera befogenheter inte till sektorsansvariga myndigheter utan till Regeringskansliet (med dess krisenhet). Det är alltså tekniskt möjligt för regeringen att till exempel på hälso- och sjukvårdsområdet använda befintliga bemyndiganden för att genom en förordningsbestämmelse ge beslutsbefogenheter om katastrofmedicinska insatser till Regeringskansliet i stället för till Socialstyrelsen.

När det gäller hälso- och sjukvården visade katastrofen i Sydostasien att svenska insatser i en eller annan form kan vara motiverade utanför svenskt territorium. Kommissionen anser att den nationellt ansvariga krisorganisationen skall garantera en beredskap för snabba insatser. Kravet på beredskap gäller dels den egna ledningsstaben, dels insatsgrupper som kan krävas för rekognosering och initiala sjukvårdsinsatser i drabbade regioner som kan ligga på stort avstånd från Sverige.

Sjukvårdens regionala organisation är enligt kommissionen en fråga som kräver särskilda överväganden när en nationell resurs för sjukvårdsinsatser skall ges en organisatorisk hemvist. I de flesta andra sektorer finns en nationell myndighet som har sektorsansvar i kombination med operativa uppgifter. Den myndighet som ligger närmast till hands för sjukvårdssektorn är Socialstyrelsen, som är den nationella sektorsmyndigheten. Å andra sidan finns själva sjukvårdsresurserna inom landstingen. Kommissionen anser därför att det är mer naturligt att söka operativ kapacitet för snabba sjukvårdsinsatser på landstingsnivå. Vid olyckor som är så stora att de kräver mer än ett landstings resurser är den självklara reflexen hos de sjukvårdsansvariga att söka samband med intilliggande landsting. Detta gäller även vid större olyckor inom landet.

Sammantaget ger detta enligt kommissionen anledning att överväga andra organisationsalternativ än att knyta ett nationellt ledningsansvar till Socialstyrelsen och dess enhet för krisberedskap. En möjlighet är att knyta det operativa ansvaret till ett utpekat landsting. På denna nivå finns en ständig beredskap för snabba insatser, ett brett spektrum av relevanta kompetenser och vana vid samordning av resurser från mer än ett landsting. Ett tillräckligt stort landsting med förutsättningar att väl samverka med en tänkt nationell ledningscentral i Regeringskansliet bör väljas. Administrativt skulle den nationella krisledningen lämpligen teckna avtal med detta landsting, där kraven på beredskapsinsatser specificerades. Landstingen skulle få ersättning för sin planeringsinsats och skulle i sin tur kunna teckna underavtal med andra landsting om delar av den beredskapsanknutna verksamheten. Sådana underavtal är naturliga också för att skapa underlag för återkommande samordningsansträngningar mellan landstingen.

De närmare detaljerna i beredskapsplaneringen faller utanför ramen för kommissionens uppdrag. De erfarenheter som vinnas inom ramen för Socialstyrelsens nu aktuella uppdrag att utreda förutsättningarna för sjukvårdsinsatser utomlands bör kunna utnyttjas oavsett vilken organisationsform man väljer.

Försvarsberedningen

Försvarsberedningen har i en rapport, En strategi för Sveriges säkerhet (Ds 2006:1), presenterat ett förslag till strategi för Sveriges säkerhet. Förslaget är ett underlag för regeringens propositioner och riksdagens ställningstaganden i dessa frågor under 2006.

I rapporten konstaterar Försvarsberedningen att det fortlöpande arbetet med säkerhet bör hållas samman bättre i Regeringskansliet. Ansvarsfördelningen mellan departementen bör ses över.

Försvarsberedningen föreslår även reformer som berör ledning och samordning vid akuta kriser. Den enhet som inrättats i Regeringskansliet med uppgift att stödja regeringens krishantering behöver utvecklas. Vid situationer med extra allvarliga sektorsövergripande konsekvenser bör en utpekad krisledningsfunktion på myndighetsnivå införas. Funktionen bör få i uppgift att bedriva omvärldsbevakning och analys.

Därutöver föreslår Försvarsberedningen en rad åtgärder, bl.a. att lägga samman Krisberedskapsmyndigheten och Statens räddningsverk och på så vis skapa en myndighet som hanterar ett brett spektrum av händelser.

Försvarsberedningen konstaterar att vid kriser som inträffar i ett annat land och som direkt drabbar personer med hemvist i Sverige är det regeringen genom UD och utrikesförvaltningen som är huvudansvarig. För allvarliga kriser som inträffar utanför Sveriges gränser kan det finnas behov av konsulerlära förstärkningsresurser. Katastrofkommissionen har behandlat behovet av att utveckla UD och utlandsmyndigheternas förmåga att hantera stora kris- och katastrofsituationer utomlands. Försvarsberedningen bejakar kommissionens förslag i dessa delar.

Regeringens proposition 2005/06:133

Samverkan vid kris – för ett säkrare samhälle

I propositionen redovisar regeringen en strategi för samhällets säkerhet. Strategin syftar till att bilda ett ramverk för samhällets samlade arbete med att stärka säkerheten.

En redogörelse lämnas över ansvarsfördelningen mellan aktörer inom krishanteringen i samhället och regeringens, Regeringskansliets samt myndigheternas behov av en samlad nationell lägesbild tydliggörs. Vidare redogör regeringen för hur strukturen för krishantering bör förstärkas.

I propositionen anges att en i förväg utpekad myndighet bör kunna ges i uppgift av regeringen att vara s.k. krisledande myndighet. Myndigheten skall efter beslut av regeringen leda de operativa krishanteringsinsatserna av nationell omfattning. Enligt regeringen bör förslag om den närmare utformningen av ett sådant system skyndsamt tas fram. En funktion bör inrättas vid samma myndighet med uppgift att sammanställa en samlad nationell lägesbild.

Regeringens egen krishanteringsförmåga och verksamheten vid beredskaps- och analysenheten som inrättats i Regeringskansliet bör utvecklas.

För att säkerställa en god krishanteringsförmåga skall särskilt utpekade myndigheter ha en tjänsteman i beredskap samt vara skyldig att så långt möjligt bistå ansvariga aktörer med information och resurser vid kriser.

Regeringen anför vidare att utlandsmyndigheterna har ansvaret för att hålla en beredskap för egen del. De skall även bistå svenska medborgare och personer med hemvist i Sverige med skydd, evakuering och andra åtgärder som kan behöva vidtas vid olika händelser i stationeringslandet eller dess närhet. Erfarenheterna från bl.a. senare års internationella terroristdåd och flodvågskatastrofen i Asien har medfört ett starkare behov för Sveriges utlandsmyndigheter att hålla en utökad beredskap. Detta sker i samverkan med aktörer i Sverige och i verksamhetslandet.

Nuvarande rättsliga reglering

I detta avsnitt ges en beskrivning av det regelverk som finns idag. Syftet är att kartlägga vilka möjligheter och skyldigheter regeringen, statliga myndigheter, kommuner och landsting m.fl. har att agera när många människor med hemvist i Sverige drabbas till följd av allvarlig olycka eller katastrof i utlandet.

Framställningen handlar således om de möjligheter Sverige har att bistå sina medborgare i ett annat land. Regeringens uppdrag till Socialstyrelsen rör hälso- och sjukvårdens område. Det är därför av särskilt intresse att få veta hur långt det offentliga åtagandet sträcker sig när det gäller svenska hälso- och sjukvårdsinsatser i utlandet. Det är också viktigt att känna till vilket ansvar individen själv, de privata aktörerna och myndigheterna i vis- telseslandet har.

Individens eget ansvar

Internationaliseringen har inneburit att allt fler svenskar befinner sig utomlands som turister, anställda eller bosatta. Tendensen är att turismen till nya och avlägsna resmål ökar. Turismen har i viss mån ändrat karaktär från sällskapsresans omhändertagande till det självständiga resandet där resenären ibland bara köper en flygstol. Överhuvudtaget har det blivit vanligare att resa i egen regi.

Den enskilde har ett primärt ansvar för att skydda sitt liv och sin egendom. Det kan t.ex. handla om att själv avgöra vilken typ av resa man skall välja och att teckna en reseförsäkring eller att på annat sätt ta ansvar för sin egen situation. I takt med att svenskarnas resvana och självständighet har blivit större klarar sig de flesta resenärer också bra under utlandsresor.

En viss andel av svenskarna utomlands kommer emellertid alltid att råka ut för olyckor, sjukdom eller naturkatastrofer. När den enskilde inte klarar sig på egen hand kan det enligt dagens regelverk bli aktuellt för i första hand privata men i vissa fall även offentliga aktörer att gripa in och ge någon form av hjälp.

De privata aktörernas ansvar

Privata reseförsäkringar

Det finns idag möjlighet att försäkra sig mot olika händelser som kan inträffa under en utlandsresa. En resenär kan vara försäkrad dels genom en särskild reseförsäkring, dels genom sin hemförsäkring eller en reseförsäkring som komplement till hemförsäkringen. Ett visst reseförsäkringsskydd ingår också i många bankanslutna betalkort. Skillnaderna är dock stora både när det gäller pris och villkor.

För att snabbt kunna ge hjälp och service åt den som blir sjuk eller skadar sig utomlands har försäkringsbolagen internationella samarbetsorgan, s.k.

larmcentraler, som tar emot en anmälan och kontaktar det försäkringsbolag som den sjuke är försäkrad i. De största sådana sammanslutningar som finns på marknaden i Europa är SOS-international a/s (SOS) och Euro-Alarm A/S i Köpenhamn, men även andra mindre företag finns, som Nordic assistance m.fl.

Larmcentralerna kan hjälpa nödställda dygnet runt, året om i hela världen. Genom dessa organ kan sjuktransporter hem, anhörigas resa till sjuk utomlands, hemtransport av avliden etc. arrangeras. De har tillgång till läkare med många olika specialiteter och med kunskaper i många språk. Agera kan de göra först när en försäkringstagare reser utanför sitt hemlands gränser och deras ansvar upphör när de t.ex. lämnar en sjuk person till vård i hemlandet. Larmcentralerna bistår på skilda sätt årligen en stor mängd svenska resenärer. Därtill svarar försäkringsbolagen med hjälp av larmcentralerna varje år för hemtransport av omkring 800 svenskar som avlidit utomlands.

Kommittén om konsulärt bistånd tog i betänkandet Konsulärt bistånd till svenskar utomlands (SOU 2001:70) upp problemet med oförsäkrade resenärer. Enligt kommittén ser många utlandsmyndigheter stora problem med oförsäkrade resenärer som blir sjuka, råkar ut för eller orsakar olyckor m.m. Kostnaderna både för den enskilde och för staten kan bli mycket höga, i synnerhet om den drabbade befinner sig i ett land utanför EU med vilket Sverige saknar avtal om social trygghet. Det kan handla om sjukvårdskostnader och dyrbara sjuktransporter, skadestånd eller andra kostnader som en vanlig hemförsäkring normalt täcker.

I förarbetena till lagen om konsulärt ekonomiskt bistånd (prop. 2002/03:69 s. 30) bedömde regeringen att en obligatorisk reseförsäkring inte är en lämplig lösning för att förbättra försäkringsskyddet för resenärer. En sådan försäkring skulle kräva en dyrbar administration och ändå skulle inte alla resenärer omfattas, t.ex. de som reser med bil. Istället bör ökade ansträngningar göras för att genom information påverka beteendet i fråga om försäkringsskyddet framför allt i de grupper som idag ofta reser oförsäkrade.

Researrangörers och transportörers ansvar

För de resenärer som väljer en paketresa har reseföretagen ett ansvar som är reglerat i lag. Bestämmelser om researrangörernas ansvar för resenärerna finns i paketreselagen (1992:1672) och i resegarantilagen (1972:204). Konsumentverket och Svenska Rese- och Turistindustrins Samarbetsorganisation har också träffat en överenskommelse om allmänna villkor för paketresor.

Paketreselagen innehåller bl.a. regler med krav på information till resenären. I lagen preciseras resenärens rättigheter vid ändringar i avtalsvillkoren och fel i de avtalade tjänsterna. Resenären har bl.a. rätt att utan kostnad avbeställa resan vid väsentliga ändringar i avtalsvillkoren och i vissa fall en rätt till omedelbar kostnadsfri hemtransport när arrangemangen väsentligt avviker från vad som utlovats.

Enligt resegarantilagen skall den som är arrangör eller återförsäljare av paketresor enligt paketreselagen ställa säkerhet hos Kammarkollegiet innan resan marknadsförs. Det belopp som lämnats som säkerhet, får tas i anspråk för att betala tillbaka pengar som betalats för en resa som omfattas av garan-

ti och som blir inställd, eller av någon annan anledning inte blir av. I fråga om resor som har påbörjats men inte slutförts, får säkerheten tas i anspråk för resenärens uppehälle under resan, deras hemresa och skälig ersättning till resenärer för värdet av de förmåner de gått miste om genom att resan avkortats.

Andra som bistår svenskar utomlands

Det finns även andra aktörer som kan hjälpa svenskar som befinner sig utomlands. Här ges ett par exempel, nämligen Svenska kyrkan och arbetsgivare med utsänd personal.

Svenska kyrkan i utlandet (SKUT)

SKUT (Svenska kyrkan i utlandet) finns på de flesta platser i världen där det finns många svenska turister och bosatta svenskar. SKUT:s insatser för svenskar utomlands som behöver stöd och hjälp är omfattande och betydelsefulla. Utlandsmyndigheterna (UD) är en viktig samarbetspartner till SKUT, vars verksamhet utgör ett komplement till det konsulära biståndsarbetet.

Arbetsgivare

Även arbetsgivare kan ha ett ansvar för utsänd personal som arbetar i ett annat land. Ansvaret för de anställdas sociala trygghet under utlandstjänstgöringen finns reglerat i avtal mellan arbetsmarknadens parter. Om en arbetstagare under utlandstjänstgöring drabbas av sjukdom eller olycksfall kan ersättning lämnas för vård och behandling etc.

I förordningen (1999:569) om utlandsstyrkan inom försvarsmakten ingår bestämmelser om förmåner vid sjukdom eller skada vid utlandstjänstgöring.

Vistelselandets ansvar

Förordningen (EEG) 1408/71 om samordningen av de sociala trygghetssystemen reglerar rätten till hälso- och sjukvård i andra EU/EES-länder (se Rådets förordning (EEG) nr 1408/71 av den 14 juni 1971 om tillämpningen av systemen för socialtrygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen). En person som är bosatt i Sverige och som insjuknar under tillfällig vistelse i ett annat EU/EES-land eller Schweiz har rätt till offentlig hälso- och sjukvård i vistelselandet på de villkor som gäller för medborgare i det landet. Om det förekommer vårdavgift eller liknande betalar personen med hemvist i Sverige lika mycket som andra. Denna rätt omfattar inte hemtransport av en sjuk eller avliden person.

Resenären skall ha med sig ett Europeiskt sjukförsäkringskort (EU-kort). Kortet ger rätt till medicinskt nödvändiga sjukvårdsförmåner under en tillfällig vistelse i ett annat EU/EES-land, t.ex. under en semesterresa. Begreppet nödvändig vård innebär inte rätt till all hälso- och sjukvård. Om vården kan vänta tills personen kommer tillbaka till Sverige betraktas den inte som nödvändig.

En person som är bosatt i Sverige kan också ha rätt till vissa sjukvårdsförmåner i länder utanför EU/EES-området. Det gäller de länder som Sverige har avtal om sjukvårdsförmåner med. De s.k. konventionsländerna är Algeriet, Australien, Israel, Turkiet samt provinsen Québec. Rättigheterna varierar beroende på konventionernas innehåll och olikheter i sjukförsäkringssystemen i olika länder.

En person som är bosatt i Sverige och blir sjuk under en tillfällig vistelse utanför EU/EES-området, i ett land med vilket Sverige saknar avtal om sjukvård, kan inte få sina kostnader för den hälso- och sjukvård som blir nödvändig ersatta vare sig från försäkringskassan i Sverige eller av vistelselandet. I dessa situationer får den enskilde främst förlita sig på privata reseförsäkringar som täcker kostnader för hälso- och sjukvård eller själv stå för dessa kostnader. Av avsnittet om Utrikesdepartementet och utrikesrepresentationen (s. 22) framgår att det under vissa förutsättningar kan finnas en rätt att få konsulärt ekonomiskt bistånd från utlandsmyndigheten.

Det bör betonas att beskrivningen ovan gäller vilka möjligheter en patient har att få sina kostnader för hälso- och sjukvård ersatta. En annan aspekt är tillgängligheten till vård. Enligt svensk sjukvårdslagstiftning har alla som vistas inom ett landsting, även utlänningar på tillfälligt besök i landet, rätt till omedelbar hälso- och sjukvård, se 4 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Man kan utgå ifrån att de allra flesta länder har en liknande princip.

Det offentligas ansvar

Regeringen

Regeringen har det övergripande ansvaret för samhällets insatser i händelse av stora påfrestningar och för samhällets beredskap och förmåga att hantera sådana situationer. Inom Regeringskansliet är ansvaret så fördelat att det inom varje departement bör finnas en förmåga och resurser att vid allvarliga krissituationer, som har sitt ursprung inom det egna ansvarsområdet, även kunna samordna andra berörda departement. Försvarsdepartementet ansvarar för förvaltningsärenden om Regeringskansliets beredskap och därtill hörande frågor, enligt förordningen (1996:1515) med instruktion för Regeringskansliet. Försvarsdepartementet stödjer departementen i frågor om krishantering.

Här kan nämnas att de kommunala och statliga myndigheterna är fristående i förhållande till regeringen och dess kansli. Av detta följer att myndigheterna fattar sina beslut på eget ansvar, medan statsrådets parlamentariska ansvar inte omfattar underordnade myndigheters beslut.

Enligt 11 kap. 6 § regeringsformen lyder de statliga förvaltningsmyndigheterna under regeringen. Till skillnad från domstolarna och de kommunala förvaltningsmyndigheterna (kommuner och landsting) står de statliga förvaltningsmyndigheterna i ett principiellt lydnadsförhållande till regeringen. De är inte bara skyldiga att följa de föreskrifter av allmän natur som regeringen meddelar, utan även de direktiv som den ger i enskilda fall. Denna s.k. direktivrätt har dock begränsningar. Regeringen kan endast styra de statliga myndigheternas operativa verksamhet, t.ex. järnvägsdrift, anläggande av vägar och polisens trafikövervakning.

En myndighets beslutande verksamhet i särskilda fall, t.ex. myndighetsutövning mot enskild eller tillämpning av lag, faller utanför regeringens direktivrätt.

Regeringen saknar en på regeringsformen grundad rätt att direkt styra landsting och kommuners operativa verksamhet. Ett sådant bemyndigande kräver uttryckligt stöd i en lag som beslutats av riksdagen. Ett exempel på en sådan reglering är 32 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Utrikesdepartementet och utrikesrepresentationen

I regeringsuppdraget till Socialstyrelsen anges att insatser av svensk sjukvårdspersonal måste godkännas av värdlandets såväl centrala myndigheter som berörd sjukvårdsadministration innan personalen kan träda i funktion. Det finns alltså skäl att närmare utreda bl.a. vilka möjligheter folkrätten ger Sverige att bistå sina medborgare i ett annat land och hur regelverket ser ut.

Utrikespolitiken är av hävd en statlig angelägenhet och det är utlandsmyndigheterna som representerar Sverige i andra länder. När en fråga som är av betydelse för förhållandet till annan stat eller till mellanfolklig organisation uppkommer hos en annan statlig myndighet skall chefen för det departement som utrikesärendena hör till hållas underrättad. Det framgår av 10 kap. 8 § regeringsformen. Det är viktigt att andra svenska myndigheter är medvetna om denna ordning.

Av förordningen (1996:1515) med instruktion för Regeringskansliet ansvarar Utrikesdepartementet (UD) för förvaltningsärenden som gäller svenska medborgares rätt och bästa i främmande länder, i den mån sådana ärenden inte hör till annat departement. UD svarar också för ärenden som gäller lagen (2003:491) om konsulärt ekonomiskt bistånd.

Utrikesrepresentationen utgörs dels av utlandsmyndigheterna, dels av honorärkonsulaten. Med utlandsmyndigheter avses beskickningar (ambassader), representationer vid internationella organisationer och karriärkonsulat.

Staternas rätt enligt folkrätten att bistå sina medborgare i utlandet

Konsulärt bistånd, eller det stöd som den svenska staten genom utlandsmyndigheterna kan lämna svenska medborgare utomlands, är sedan länge en av utrikesförvaltningens kärnverksamheter. Den konsulära biståndsverksamheten har sin grund i folkrätten. Folkrätten tillerkänner staterna rätten att ge skydd åt sina medborgare i utlandet på olika sätt (jus protectionis). Hit hör rätten för en stat att på diplomatisk väg ingripa för att skydda sina medborgares intressen i vistelselandet. Denna rättighet kommer till uttryck i Wienkonventionen om diplomatiska förbindelser (SÖ 1967:1) och i Wienkonventionen om konsulära förbindelser (SÖ 1974:10-12).

Samtidigt bör man komma ihåg att utländska myndigheter enligt folkrätten har ett huvudansvar för de utlänningar som vistas på deras territorier. Svenska myndigheter måste respektera detta ansvar. Förutom det utrymme som ges genom Wienkonventionerna kan svenska myndigheter endast ingripa till skydd för svenska medborgare eller resenärer med utländska myndigheters samtycke eller i en situation då dessa har upphört att fungera.

I Wienkonventionen om konsulära förbindelser anges att de konsulära uppgifterna kan innebära bl.a. hjälp och bistånd. Uppräkningen i konventio-

nen är inte uttömmande. Till de tillåtna konsulära uppgifterna räknas också alla andra uppgifter som inte är förbjudna i den mottagande staten eller som denna stat motsätter sig.

Till de konsulära huvuduppgifterna brukar räknas olika former av hjälp, råd och bistånd åt egna medborgare och juridiska personer. Dit hör konsulärt ekonomiskt bistånd. Till de konsulära uppgifterna hör även utfärdande av pass och viseringar, kontakt med anhöriga i nödsituationer, förmedling av pengar från anhöriga, röstmottagning vid utlandsmyndigheterna, efterforskningar av försvunna svenskar utomlands, bistånd i brottmål och till brottsoffer, besök hos fängslade egna medborgare, identifiering, bistånd i samband med dödsfall utomlands och ärenden där svenska barn olovligen förs bort av sin ena förälder till ett eget land etc. Formulering av s.k. reserekommendationer är en viktig del av verksamheten.

Utlandsmyndigheternas skyldighet att hjälpa svenska medborgare

Den legala grunden för det konsulära biståndet m.m. finns i flera olika lagar och andra författningar.

Den konsulära verksamheten inom den svenska utrikesförvaltningen blev föremål för en genomgripande översyn år 2001. Kommittén om konsulärt bistånd lämnade då betänkandet Konsulärt bistånd till svenskar utomlands (SOU 2001:70). Kommitténs förslag ledde fram till en ny lag (2003:491) om konsulärt ekonomiskt bistånd, som trädde i kraft den 1 september 2003 (prop. 2002/03:69, bet. 2002/03:JuU 16, rskr. 2002/03:209).

Mer specifika bestämmelser om den konsulära verksamheten finns i förordning eller i föreskrifter beslutade av Regeringskansliet. Relevanta lagar, förordningar och föreskrifter samt konkreta råd och handläggningsrutiner för utlandsmyndigheternas arbete med konsulära frågor finns beskrivna i "Rättshandbok I, biträde åt enskilda och myndigheter" från 2002, som getts ut i serien utrikesförvaltningens handböcker.

Beskickningar och konsulat har en allmän skyldighet att ta tillvara Sveriges intressen och svenska medborgares rätt och bästa enligt närmare föreskrifter i lag eller annan författning. De skall även i övrigt i skälig omfattning ge svenska medborgare hjälp och bistånd vid behov samt skydda deras intressen. Det framgår av förordningen (1992:247) med instruktion för utrikesrepresentationen (IFUR). Skyldigheten omfattar allt det som kan betecknas konsulärt bistånd, dvs. både personalens faktiska handlande till förmån för berättigade och det ekonomiska biståndet.

I IFUR finns också bestämmelser om vad utlandsmyndigheterna skall göra i krissituationer. Om en naturkatastrof inträffat inom verksamhetsområdet, skall beskickningen genast undersöka om någon svensk medborgare har avlidit eller skadats eller om någon svensk egendom skadats. Om så skett, skall Utrikesdepartementet snarast underrättas.

Enligt Regeringskansliets föreskrifter (UF 2004:6) om utlandsmyndigheternas beredskap skall varje utlandsmyndighet hålla beredskap för egen del och för att bistå svenska medborgare med skydd, evakuering och andra åtgärder som kan behöva vidtas vid bl.a. naturkatastrofer i stationeringslandet eller dess närhet.

Av Rättshandbok I, biträde åt enskilda och myndigheter, kap. 10, framgår att ”om det kan befaras att ett större antal svenskar förolyckats vid en och samma olycka och om inte tvingande skäl lägger hinder i vägen, bör chefen för utlandsmyndigheten eller, i hans ställe, någon annan lämplig tjänsteman utan dröjsmål bege sig till platsen för olyckan och rapportera till UD”. Vidare anges det att ”i rapporten bör även redogöras för vilka åtgärder som vidtagits eller kommer att vidtas av lokala organ med anledning av olyckan och om myndigheterna i verksamhetslandet tillåter eller önskar någon medverkan av svenska experter för att identifiera de omkomna eller vårda de skadade.”

Förvaltningslagen (1986:223) ålägger alla myndigheter, inklusive utlandsmyndigheterna, att aktivt ge sådan service till allmänheten att det underlättar för den enskilde att ha med myndigheten att göra. Det kan innebära upplysningar och råd i ärenden som rör myndighetens ansvarsområde.

Enligt lagen (2003:491) om konsulärt ekonomiskt bistånd kan sådant bistånd bl.a. lämnas till svenska medborgare och till flyktingar och statslösa som är bosatta i Sverige. De generella förutsättningarna för rätten till konsulärt bistånd är att den biståndssökande har råkat i nöd eller annan svårighet i utlandet och därför behöver ekonomisk hjälp. Behovet skall inte kunna tillgodoses på annat sätt och det skall vidare vara skäligt att bistånd lämnas.

Med nöd eller annan svårighet avses en allvarlig belägenhet. Denna kan bero på sjukdom, olycksfall, brott eller någon annan liknande omständighet av akut natur. I princip får den sökande inte själv ha försatt sig i sin situation, t.ex. genom att inte ha vidtagit rimliga försiktighetsåtgärder.

I första hand skall utlandsmyndigheterna bistå nödställda genom hjälp till självhjälp. Ekonomiskt bistånd får inte lämnas ut förrän det klarlagts att den som ansöker om bistånd inte kan lösa situationen på egen hand med hjälp av de råd som lämnas. Den enskilde kan t.ex. ha en reseförsäkring som medför att försäkringsbolaget kan ge den hjälp som behövs. Bistånd kan heller inte utgå i den mån sådant bistånd kan fås från ett annat land enligt författning som gäller i det landet eller enligt internationell överenskommelse (se ovan i avsnitten om de privata aktörernas ansvar och vistelselandets ansvar, s. 18).

Den som är allvarligt sjuk eller skadad kan t.ex. få hjälp med att komma i kontakt med anhöriga i Sverige samt med läkare, sjukhus och myndigheterna i landet där han eller hon befinner sig. Den nödställda kan också få hjälp att komma i kontakt med försäkringsbolagens larmcentraler, till exempel SOS-International och Euro-Alarm i Köpenhamn eller Nordic Assistance i Stockholm.

Rätten till bistånd är begränsad till ett skäligt belopp för nödvändiga kostnader. Av det konsulära ekonomiska biståndets natur följer att det i princip är fråga om tillfällig, kortvarig hjälp. Biståndet kan avse hemresa, kost och logi före hemresa, kostnader för provisoriskt pass, hälso- och sjukvård och sjuktransport till hemlandet. I samband med krig och konflikt kan bistånd ges för evakuering till säker plats.

Ekonomiskt bistånd för läkar- och sjukhusvård kan lämnas under förutsättning att vederbörande inte själv kan ordna så att vården betalas. Det skall vara fråga om billigast möjliga vård utan att omsorgen om tillfriskandet åsidosätts. I första hand skall vistelselandets skyldigheter att lämna vård, t.ex. på grund av avtal med Sverige, utnyttjas. Bistånd för att transportera hem en

sjuk eller skadad person som är bosatt i Sverige kan också ges om sjukdomen och skadan är allvarlig och adekvat vård inte ges på plats. Det gäller om personen är oförsäkrad och själv saknar pengar att betala transporten. Bistånd kan också lämnas om sjukdomen kan väntas bli långvarig och sådana vårdkostnader i vistelselandet som garanteras av utrikesförvaltningen blir höga. Se Utrikesdepartementets föreskrifter och allmänna råd (UF 1990:2) om ekonomiskt bistånd till svenska medborgare i utlandet m.m.

Den som har fått konsulärt ekonomiskt bistånd är skyldig att betala tillbaka det. En möjlighet finns dock att helt eller delvis efterge återbetalningsskyldigheten.

Inom Utrikesdepartementet i Stockholm är det Enheten för konsulära och civilrättsliga ärenden (UD-KC) som ansvarar för konsulära frågor.

Landstingen och kommunerna

Befogenheter och lokaliseringsprincipen

Den kommunala kompetensen anger gränserna för den kommunala verksamheten, det vill säga kommuners och landstings behörighet att befatta sig med olika slags angelägenheter.

I kommunallagen (1991:900) finns regler om kommunernas och landstingens kompetens, den s.k. allmänna kompetensen. Kommuner och landsting får själva ha hand om sådana angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till kommunens eller landstingets område eller deras medlemmar och som inte skall tas om hand enbart av staten, en annan kommun, ett annat landsting eller någon annan. Detta framgår av 2 kap. 1 § kommunallagen. I denna grundläggande bestämmelse ligger således bl.a. ett krav på att en kommunal åtgärd skall ha ett allmänt till kommunen eller landstinget knutet intresse. Bestämmelsen ger också uttryck för den s.k. lokaliseringsprincipen. Den principen innebär att en kommunal åtgärd måste vara knuten till kommunens eller landstingets eget område eller dess invånare. Det är t.ex. inte möjligt att bedriva en verksamhet som syftar till att enbart gynna personer som inte är medlemmar i kommunen eller landstinget.

Förutom kommunallagens regler om kommunernas och landstingens kompetens finns den s.k. specialreglerade kompetensen. Den består av bestämmelser i olika specialförfattningar och ett antal kompetensutvidgande lagar. Bestämmelserna innehåller både kommunala skyldigheter och befogenheter.

Det finns en typ av speciallagar, som inte primärt lägger något tvång på landstingen eller kommunerna, utan istället ger dem handlingsmöjligheter på områden som anses angelägna. Behovet av lagstiftning finns på grund av att det har varit oklart om uppgifterna rymts inom kommunallagens regler om den allmänna kompetensen eller under några av de många tvingande lagverken. Det kan t.ex. handla om att göra undantag från lokaliseringsprincipen.

Till dessa befogenhetslagar hör

- lagen (2001:151) om kommunal tjänsteexport och kommunalt internationellt bistånd

- lagen (2002:833) om extraordinära händelser i fredstid hos kommuner och landsting
- lagen (2004:1225) om vissa kommunala befogenheter i fråga om sjuktransporter.

Det finns också speciallagar som medför skyldigheter för kommunerna och landstingen att svara för viss verksamhet, t.ex. hälso- och sjukvård, socialtjänst och räddningstjänst. Flertalet av de stora lagar som för med sig skyldigheter för kommunerna och landstingen innehåller också bestämmelser om vissa kommunala befogenheter på sakområdet.

Det är inte möjligt att ge understöd till enskilda kommun- och landstingsmedlemmar utan uttryckligt lagstöd. Sådant lagstöd finns inom vissa specialreglerade områden, exempelvis ger socialtjänstlagen (2001:453) utrymme för en kommun att ge bidrag till enskilda. Ett annat exempel är lagen (2002:83) om extraordinära händelser i fredstid hos kommuner och landsting. I lagens 9 § ges en möjlighet för kommuner och landsting att under en extraordinär händelse lämna begränsat ekonomiskt stöd till enskilda som drabbats av händelsen.

Kommunala insatser utanför Sveriges gränser

Lokaliseringsprincipen innebär att en kommuns eller ett landstings verksamhet på något vis knyter an till medlemmarna och till kommunens eller landstingets geografiska område. Dock utgör inte ens Sveriges gränser någon i sammanhanget helt undantagslös geografisk begränsning för kommunala insatser. Exempel på detta finns i praxis. Ett landsting har ansetts kunna hyra fritidsbostäder i Italien för att bl.a. på så sätt få en jämnare spridning av personalens semestrar (RÅ 1968 K659 och RÅ 1968 K 662).

I sammanhanget kan också nämnas att Danmark, Finland, Norge och Sverige har en överenskommelse om kommunalt samarbete över de nordiska riksgränserna (prop. 1977/78:44, SÖ 1978 nr 1). Överenskommelsen utgår ifrån att det ingår i nordisk kommuns och landstings allmänna kompetens enligt nationell kommunallag, att t.ex. ekonomiskt engagera sig i anläggningar på andra sidan om en internordisk riksgräns om det är till nytta för invånarna i den egna kommunen eller det egna landstinget.

Utrikespolitik och bistånd

En annan yttring av lokaliseringsprincipen är att kommuner och landsting inte får ha hand om sådana angelägenheter som det åligger enbart staten, en annan kommun, ett annat landsting eller någon annan att sköta.

Som exempel på angelägenheter som allmänt sett är en exklusiv angelägenhet för staten kan nämnas den svenska utrikes- och biståndspolitik. Det är regeringen och riksdagen som bär ansvaret för Sveriges internationella förbindelser och som även har att bestämma biståndsverksamhetens inriktning och omfattning. Kommunernas och landstingens befogenheter på området beror följaktligen i allt väsentligt på förekomsten av speciallagstiftning.

Kommuners och landstings rätt att lämna internationellt bistånd är reglerad i lagen (2001:151) om kommunal tjänsteexport och kommunalt internationellt bistånd. Dessa regler om kommunalt bistånd till främmande länder är indirekt en illustration av två oskrivna huvudregler för den allmänna kommunala kompetensen, nämligen att sådant bistånd inte lämnas utan stöd av speciallag och att utrikespolitiken uteslutande är en statlig angelägenhet (se exempelvis prop. 1993/94:189 s. 7).

Hälso- och sjukvårdslagen

Varje landsting skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget, enligt 3 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL). Även i övrigt skall landstinget verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Vidare sägs i 4 § HSL att om någon som vistas inom landstinget utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- och sjukvård, skall landstinget erbjuda sådan vård. Ett landsting får också i annat fall erbjuda hälso- och sjukvård åt den som är bosatt i ett annat landsting, om landstingen kommer överens om detta. I 9 § HSL finns bestämmelser om s.k. region-sjukvård. Bestämmelserna i 3 c § HSL reglerar landstingens ansvar för en god hälso- och sjukvård åt icke akutpatienter från EU.

De ovan nämnda bestämmelsernas räckvidd får även utan särskild precisering i själva lagtexten anses vara begränsad till att avse vård som kan meddelas i Sverige. Vårdgivarens skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård sträcker sig därmed inte så långt att det också innefattar den vård som kan meddelas länsinnevånarna i andra länder.

Samtidigt medger bestämmelserna i HSL att hälso- och sjukvård ges svenska patienter utomlands på landstingets bekostnad (Kärström m.fl., Hälso- och sjukvård, s 16). I den mån sådan hälso- och sjukvård förekommer, följer den av ett frivilligt åtagande från landstingens sida och utgör inte någon lagreglerad skyldighet (se Jan Sahlin, Hälso- och sjukvårdslagen med kommentar, sjätte upplagan, s. 124). Det är t.ex. möjligt för ett landsting att remitera en patient för specialistvård utomlands. På samma sätt kan ett landsting välja att erbjuda sina invånare rehabilitering på en vårdinrättning i utlandet i stället för i Sverige.

För fullständighetens skull bör här nämnas att en patient också kan ha rätt att söka vård i ett annat land med stöd av det EG-rättsliga regelverket (förordningen 1408/71).

Det är emellertid viktigt att komma ihåg att landstingens åtgärder, även om det rör sig om ett frivilligt åtagande, alltid måste ligga inom den kommunala kompetensen.

Vilka möjligheter har då ett landsting att göra katastrofmedicinska insatser utomlands i en situation då många människor med hemvist i Sverige drabbas till följd av en stor olycka eller katastrof?

Lokaliseringsprincipen innebär att en kommunal åtgärd måste vara knuten till landstingets eget område eller dess invånare. Undantag från denna princip kan endast göras genom en reglering i en lag. Enligt hälso- och sjukvårdslagen skall ett landsting erbjuda vård åt dem som är bosatta inom landstinget. Om landstingets skyldigheter och befogenheter att ge vård till

andra patienter finns, som tidigare nämnts, bestämmelser i 3 c, 4 och 9 §§ HSL.

Ingen av dessa bestämmelser passar in på den aktuella situationen med en stor olycka eller katastrof i utlandet. Någon naturlig koppling till landstingens geografiska områden eller dess medlemmar finns inte. Det är för ett landsting omöjligt att på förhand veta vilka patienter som det kommer att ge vård och behandling på en olycksplats. Patienterna kan lika väl höra till ett annat landsting som till det egna. Vidare är frågor med anknytning till utrikespolitiken en statlig uppgift, om det inte finns en speciallag som anger något annat.

Sammantaget kan det inte anses falla in under den kommunala kompetensen att ge vård och behandling i utlandet till människor med hemvist i Sverige i samband med stora olyckor och katastrofer.

Landstingens och kommunernas katastrofberedskap

Enligt 7 § HSL skall landstingen planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls.

Kommuner och landsting får enligt 4 a § HSL på begäran ställa hälso- och sjukvårdsresurser till förfogande för annan kommun eller landsting som drabbats av en sådan extraordinär händelse i fredstid som avses i lagen (2002:833) om extraordinära händelser i fredstid hos kommuner och landsting. Vid sådant bistånd skall personer som tas emot från en annan kommun eller ett annat landsting omfattas av kommunens eller landstingets skyldigheter enligt HSL. Om bistånd har lämnats har kommunen eller landstinget rätt till skälig ersättning av den kommun eller det landsting som drabbats av den extraordinära händelsen.

Bestämmelser om landstingens organisation och befogenheter vid extraordinära händelser i fredstid finns i lagen (2002:833) om extraordinära händelser i fredstid hos kommuner och landsting. En liknande bestämmelse som den i 4 a § HSL har här förts in. Enligt 8 § har kommuner och landsting fått vidgade möjligheter att bistå varandra vid extraordinära händelser, vilket är ett undantag från lokaliseringsprincipen.

Det ovan beskrivna regelverket avser hälso- och sjukvård som ges i Sverige och ger inte landstingen någon befogenhet att agera utomlands.

Socialstyrelsen

I 3 § förordningen (1996:570) med instruktion för Socialstyrelsen anges två uppgifter för Socialstyrelsen, nämligen att

- samordna och övervaka planläggningen av den civila hälso- och sjukvårdens, hälsoskyddets, smittskyddets samt socialtjänstens beredskap
- samordna förberedelserna för försörjningen med läkemedel och sjukvårdsmateriel inför höjd beredskap och för att upprätthålla katastrofmedicinsk beredskap.

Förordningen (2002:472) om åtgärder för fredstida krishantering och höjd beredskap innehåller ett avsnitt om fredstida krishantering.

I förordningen anges att varje myndighet årligen skall göra risk- och sårbarhetsanalyser för att stärka sin krishanteringsförmåga (3 §). Analysen skall avse de olika typer av situationer som allvarligt kan försämra förmågan till verksamhet inom myndighetens verksamhetsområde. Vid denna analys skall myndigheten särskilt beakta

- situationer som uppstår hastigt, oväntat och utan förvarning
- situationer som kräver brådskande beslut och samverkan med andra samhällsorgan
- situationer som allvarligt påverkar samhällets funktionsförmåga eller tillgång på nödvändiga resurser
- förmågan att hantera mycket allvarliga situationer inom myndighetens ansvarsområde.

Av den bestämmelse (4 §) som reglerar vissa angivna myndigheters särskilda ansvar för fredstida krishantering framgår att Socialstyrelsen skall planera och vidta förberedelser för att förebygga, motverka och begränsa identifierad sårbarhet och risker inom samverkansområdena

- skydd, undsättning och vård,
- spridning av allvarliga smittämnen, giftiga kemikalier och radioaktiva ämnen.

När en situation av det slag som avses i förordningen (se 3 §) uppstår skall Socialstyrelsen enligt 5 § hålla regeringen informerad om händelseutvecklingen, tillståndet och den förväntade utvecklingen inom ansvarsområdet samt om vidtagna och planerade åtgärder.

Bestämmelsen är i första hand tänkt att tillämpas på händelser, t.ex. en naturkatastrof, som inträffar i Sverige. Det kan dock finnas skäl att informera regeringen också vid händelser som inträffar i utlandet med många svenskar drabbade. En förutsättning är att händelsen påverkar situationen i Sverige på ett sådant sätt att det kan bli aktuellt att vidta åtgärder här i landet.

Exempel på situationer av den omfattning som avses i 3 § kan vara att ett stort antal svenskar förväntas komma hem skadade efter en stor olycka eller naturkatastrof i utlandet. Socialstyrelsen kan då behöva ta reda på hur många som är skadade, hur allvarliga deras skador är etc. Detta torde i allmänhet kunna ske genom att kontakt tas med personer som befinner sig på platsen, t.ex. tjänstemän från UD.

Syftet med den information som lämnas till regeringen är att hälso- och sjukvården skall kunna förbereda mottagandet av de skadade och sjuka i Sverige. Som framgått tidigare har landstingen inte någon befogenhet att i dessa situationer göra katastrofmedicinska insatser i utlandet.

I samband med att det i hälso- och sjukvårdslagen skrevs in en uttrycklig skyldighet för landstingen att ha en katastrofmedicinsk beredskap gavs ett bemyndigande för regeringen att meddela föreskrifter för landstingens handlingsberedskap ur ett nationellt katastrofmedicinskt perspektiv (32 a §).

I ett regeringsuppdrag har Socialstyrelsen, kopplat till bemyndigandet i 32 a §, lämnat förslag (skrivelse 2003-11-25) till en s.k. skrivbordsförfattning, dvs. underlag till en förordning som snabbt skall kunna beslutas av regeringen vid ett läge när nationens samlade hälso- och sjukvårdsresurser måste tas i anspråk, t.ex. på begäran av Socialstyrelsen. Förslaget innebär att regeringen i en förordning bemyndigar Socialstyrelsen att centralt besluta om utnyttjande av landstingens vårdplatser samt förflyttning av landstingens personal, förnödenheter och patienter. Förordningen föreslås också äga tillämpning på hälso- och sjukvårdspersonal som är verksamma i kommunerna.

Om regeringen i ett sådant läge beslutar att den s.k. skrivbordsförfattningen skall träda i kraft innebär det att Socialstyrelsen kan besluta om utnyttjande av landstingens vårdplatser samt förflyttning av personal, förnödenheter och patienter mellan landstingen. Detta operativa ansvar gäller endast inom Sveriges gränser. Någon möjlighet att vidta åtgärder i utlandet med stöd av författningen finns inte.

Bemyndigandet till regeringen i 32 a § HSL har också delvis överlåtits på Socialstyrelsen genom 4 § i myndighetens instruktion där det uttalas att Socialstyrelsen får utfärda sådana föreskrifter som behövs för att bl.a. den katastrofmedicinska beredskapen skall få en samordnad inriktning. Socialstyrelsen har gett ut föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:13) om fredstida katastrofmedicinsk beredskap och planläggning inför höjd beredskap.

Regler om ansvar och tillsyn

Som nämndes ovan finns ingen skyldighet för svenska myndigheter att ge vård utanför landets gränser. Samma brist på reglering för utlandsfallet gäller för vårdgivarens ansvar och den enskilde yrkesutövarens yrkesansvar, exempelvis när det gäller konsekvenser av felbehandling.

I 6 kap. 1 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område stadgas att hälso- och sjukvården och dess personal står under tillsyn av Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen tillsyn gäller verksamheter som bedrivs inom Sveriges gränser. Socialstyrelsens individtillsyn är i allmänhet också begränsad till hälso- och sjukvårdspersonalens yrkesutövning i Sverige.

I förarbetena till tidigare lagstiftning konstaterades att personer som är verksamma inom hälso- och sjukvården utomlands normalt inte står under Socialstyrelsens tillsyn. Det ansågs emellertid inte innebära att förseelser utomlands helt saknar betydelse utan kan t.ex. påverka bedömningen vid prövning om återkallelse av legitimation. Då finns det inte några formella hinder mot att väga in vad som hänt utanför Sveriges gränser (jfr prop. 1993/94:149 s. 60 och 80).

I samband med att tillsynen reglerades i lagen (1996:786) om tillsyn över hälso- och sjukvården gjordes på nytt uttalanden om de geografiska gränserna för Socialstyrelsens tillsyn. I propositionen (prop. 1995/96:176 s. 66) påpekades att Socialstyrelsens tillsyn skall gälla verksamhet som bedrivs inom Sveriges gränser. När tillsynsbestämmelserna överfördes till lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område gjordes inga ytterligare kommentarer i denna del.

Socialstyrelsen har således inte tillsyn över verksamhet som bedrivs i utlandet. En svensk läkare eller någon annan som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen kan inte bli föremål för disciplinär prövning enligt svensk lag i sin yrkesutövning utomlands. Om förutsättningar för återkallelse av legitimation anses finnas kan däremot denna fråga alltid prövas även om yrkesutövningen skett utomlands.

Andra statliga myndigheter

Statens räddningsverk

Statens räddningsverk är central förvaltningsmyndighet för bl.a. frågor om räddningstjänst och olycks- och skadeförebyggande åtgärder. Verket deltar i det internationella samarbetet inom räddningstjänstområdet och har en beredskap för insatser när katastrofer inträffar utomlands.

Räddningsverket skall hålla en beredskap för bistånd vid katastrofer i andra länder och får delta i räddnings- och katastrofinsatser vid katastrofer i andra länder som fordrar omedelbara åtgärder. Det framgår av 6 § förordningen (2005:890) med instruktion för Statens Räddningsverk. Räddningsverket skall även i samverkan med berörda myndigheter och organisationer förbereda så att verket, i en situation då många människor med hemvist i Sverige drabbas av en allvarlig olycka eller katastrof i utlandet, med kort varsel i ett inledande skede kan stödja utlandsmyndigheterna och de nödställda.

Av paragrafens tredje stycke framgår att Räddningsverket endast får besluta om sådana insatser under förutsättning att insatserna finansieras av annan än Räddningsverket. Räddningsverket skall före beslut om insats informera Regeringskansliet (Försvarsdepartementet) om de åtgärder myndigheten avser att vidta.

Luftfartsstyrelsen

Luftfartsstyrelsen är central förvaltningsmyndighet med ett samlat ansvar, sektorsansvar, för den civila luftfarten. En av myndighetens huvuduppgifter är att ha samordningsansvaret för krisberedskapsarbetet inom den civila luftfarten. Det framgår av förordningen (2004:1110) med instruktion för Luftfartsstyrelsen.

Lyftfartsstyrelsen har tillsammans med Socialstyrelsen och SAS bedrivit ett projekt i syfte att pröva och ta fram en modell för en svensk flygambulansresurs. Resursen skall användas i situationer då samhällets övriga resurser inte räcker till. Flygambulansresursen skall ingå i totalförsvaret och är tänkt att användas för transport av flera svårt skadade patienter vid angrepp och krig, men även i fredstid. Ambulansflyget skall i fredstid kunna användas såväl inom landet som för internationella uppdrag vid t.ex. naturkatastrofer. Det kan röra sig om att transportera hem svenskar som skadats utomlands för sjukhusvård i Sverige eller vid internationella hjälpinsatser. Västerbottens läns landsting är den vårdgivare som varit involverad i projektet.

I 2006 års regleringsbrev har Luftfartsstyrelsen fått i uppdrag att upphandla en ambulansflygtjänst av flygoperatör som kan tas i bruk efter beslut av regeringen. Samråd skall ske med Statens räddningsverk och Socialsty-

relsen. Vissa frågor kommer att behöva utredas ytterligare bl.a. vårdgivaransvaret och en samordningsfunktion.

Överväganden och förslag

Utgångspunkter

Det offentliga åtagandet

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att se över beredskapen för att omhänderta personer med hemvist i Sverige vid katastrofer utomlands.

Socialstyrelsen anser, i likhet med Katastrofkommissionen, att den ansvarsfördelning som råder mellan den enskilde individen, de privata aktörerna och det allmänna bör ligga fast.

Utgångspunkten för det offentliga åtagandet är att de enskilda, både individer och företag, har ett grundläggande ansvar för att skydda liv och egendom och att vidta förebyggande åtgärder. Det bör även fortsättningsvis vara den enskilde som genom privat finansierade försäkringar bär huvudansvaret för sitt eget skydd och säkerhet. Reseföretag och försäkringsbolag blir därmed de aktörer som i första hand får ta ansvar för akuta insatser för omhändertagande, hälso- och sjukvård och hemtransport i samband med mindre olyckor.

Regeringens uppdrag till Socialstyrelsen att se över beredskapen vid katastrofer utomlands innebär emellertid att gränserna för det offentliga åtagandet förskjuts något. I extrema situationer, som vid stora olyckor och katastrofer utomlands, kan det offentliga få en roll som yttersta garant för den enskildes säkerhet och trygghet.

I sitt arbete med uppdraget har Socialstyrelsen utgått från ett drabbade perspektiv. Enligt Socialstyrelsens uppfattning kan en katastrofmedicinsk insats bli aktuell i de situationer då det "normala systemet" inte räcker till. Det är när värdlandets hälso- och sjukvård och de resurser som tillhandahålls av reseföretagen, försäkringsbolagen via SOS-International etc. inte är tillräckliga som det kan finnas ett behov av att det offentliga tillhandahåller sjukvårdsresurser. Den bristande tillgängligheten gör att en snabb, svensk insats kan bli nödvändig. Det allmännas uppgift blir att komplettera med de resurser som det råder akut brist på och att så snart som möjligt transportera hem de skadade och sjuka till Sverige. På så vis avlastas värdlandets hälso- och sjukvård.

Eftersom varje situation är unik går det inte att i förväg fastslå exakta kriterier för när samhällets resurser behöver sättas in. Socialstyrelsen anser att det får bedömas från fall till fall när en insats skall göras bl.a. utifrån de behov som finns och de tillgängliga resurserna på platsen.

Etiska frågeställningar

En viktig fråga är hur man skall förhålla sig till skadade med hemvist i andra länder, vars myndigheter inte finns på plats för att bistå dem. Det kan också vara så att värdlandets sjukvårdsresurser inte räcker till för att hjälpa

de egna medborgarna. Skall svensk sjukvårdspersonal göra en insats även vid sådana tillfällen?

I 2 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) finns bestämmelser om att vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.

Läkarförbundet har gett ut etiska regler (de nuvarande reglerna antogs vid Läkarförbundets fullmäktigemöte 2002). Av de etiska reglerna framgår att läkaren i sin gärning skall ha patientens hälsa som det främsta målet och om möjligt bota, ofta lindra, alltid trösta, följande människokärleks och hederns bud. Läkaren skall tänka på vikten av att skydda och bevara människoliv samt efter bästa förmåga bistå människor i medicinsk nödsituation. Vidare skall läkaren aldrig frångå principen om människors lika värde och aldrig utsätta en patient för diskriminerande behandling eller bemötande. Det anges också att läkaren i sin gärning skall bidra till att medicinska resurser används i enlighet med dessa regler och aldrig medverka till att ge enskilda patienter och patientgrupper otillbörlig ekonomisk, prioriteringsmässig eller annan fördel. Även andra yrkesgrupper, som sjuksköterskorna, har antagit liknande etiska regler.

Formellt gäller HSL:s bestämmelser inte när hälso- och sjukvård ges utomlands. Det kan ändå hävdas att dessa principer för vårdprioriteringar bör följas även vid katastrofer utomlands. Det kan i så fall bli nödvändigt att i första hand ge akut vård åt ett annat lands medborgare, om den aktuella patienten har ett större behov än de svenskar som också befinner sig på platsen.

Regeringens uppdrag till Socialstyrelsen förutsätter att hälso- och sjukvård vid t.ex. en naturkatastrof i utlandet endast skall ges till människor med hemvist i Sverige. Detta medför en uppenbar risk att enskilda yrkesutövare kan tvingas till prioriteringar som inte stämmer överens med de etiska principer som beskrivits ovan. Enligt Socialstyrelsens uppfattning bör det därför övervägas om sjukvårdsresurserna även skall kunna användas till att vårda patienter från andra länder.

Samverkan med andra myndigheter

De förslag som Socialstyrelsen lämnar har till syfte att stärka krishanteringsförmågan och den operativa förmågan, så att det blir möjligt att hantera konsekvenserna av akuta krisskeden med många drabbade svenskar i utlandet.

Med *krishanteringsförmåga* menas förmågan att leda, samordna och informera om hanteringen av krisförloppet och att samverka med andra aktörer (strategisk inriktning och ledning i Sverige).

Med *operativ förmåga* menas förmågan hos de aktörer som engageras på fältet att motverka eller lindra de skador som inträffar under en allvarlig kris. Den internationella dimensionen handlar om att kunna genomföra en katastrofinsats i andra länder och att kunna ta emot hjälp vid allvarliga kriser i Sverige. Ur ett krisberedskapsperspektiv består den operativa förmågan av tekniskt ledningsstöd, förstärkningsresurser, samverkan och kunskapsuppbyggnad. Det operativa genomförandet på plats sker med hjälp av insats-team, experter och materiel.

Samhällets krishanteringsförmåga bygger på samverkan mellan aktörer inom olika sektorer. Med utgångspunkt i sektorsspecifika författningar agerar varje aktör utifrån sin roll, uppgift och sina befogenheter. Insatserna utförs samtidigt och aktörerna är starkt beroende av varandra varför det är viktigt med samordning.

En tydlig ansvars- och uppgiftsfördelning mellan de inblandade aktörerna är en förutsättning för att kunna åstadkomma en god samverkan.

Katastrofmedicinska insatser när många svenskar är drabbade i utlandet är en del i en större insats. Hälso- och sjukvården är beroende av andra aktörer, t.ex. räddningstjänsten och polisen, för att på ett snabbt och effektivt sätt kunna omhänderta de drabbade. Detta kräver en väl utvecklad samverkan såväl i planeringsskedet som i genomförandefasen.

Som tidigare nämnts har även andra myndigheter fått uppdrag av regeringen som liknar Socialstyrelsens. Arbeten som syftar till att förstärka beredskapen för katastrofer i utlandet pågår hos bl.a. Statens räddningsverk och UD (se avsnitt Andra aktuella utredningar m.m. på sid 12). Socialstyrelsen har därför valt att utforma sina förslag på hälso- och sjukvårdsområdet i nära samverkan med andra aktörer.

Socialstyrelsen har tillsammans med Statens räddningsverk, Rikspolisstyrelsen och UD kommit fram till vissa gemensamma utgångspunkter:

1. Den stärkta förmågan är en del av det svenska nationella krishanteringssystemet som bygger på ansvarsprincipen, likhetsprincipen och närhetsprincipen.

Ansvarsprincipen innebär att det är den som har ansvaret för verksamheten i normala situationer som också har motsvarande verksamhetsansvar vid en kris. En viktig princip är att en kris skall hanteras av aktörer så nära krisen som möjligt (närhetsprincipen). En annan princip är att inte göra större förändringar i organisationen än vad som krävs (likhetsprincipen).

2. Den stärkta förmågan avses främst kunna hantera krishanteringsfasen, dvs. den fas under vilken krisledningen har ansvar för att mildra effekten av en kris och dess påverkan på samhällets funktioner. Under krishanteringsfasen ges stöd till de drabbade i form av hälso- och sjukvård och krisstöd. Vidare ges information till olika intressenter. Det är viktigt med ett tydligt ledarskap som möjliggör beslut om åtgärder och handlingsplaner för att lösa den uppkomna krisen.

3. Ett gemensamt grundkoncept utarbetas (generell krishanteringsförmåga) för att utifrån detta sedan beskriva de olika myndigheternas och verksamheternas insatser.

En beredskap för insatser i akuta krisskeden med många drabbade svenskar i utlandet skall således bygga på det nationella krishanteringssystemet. Men även om det finns många likheter mellan de kriser som inträffar i Sverige och de som inträffar i utlandet, så finns det också skillnader.

Utrikes- och biståndspolitik samt frågor som rör internationella förbindelser har av tradition ansetts vara en statlig angelägenhet. Det är i första hand

UD som representerar Sverige i andra länder. Andra myndigheter skall inte bedriva en "egen utrikespolitik".

Det är utlandsmyndigheten som har ansvaret för att i utlandet bistå människor med hemvist i Sverige och man hanterar händelser dagligen världen runt. Vid en stor olycka eller katastrof i utlandet med många drabbade blir övriga myndigheters uppgift att vara ett stöd för utlandsmyndigheten och förstärka förmågan att bistå de drabbade. Detta kan innebära att ta ett operativt ansvar och ett ledningsansvar inom sitt sakområde.

Utgångspunkter för en katastrofmedicinsk insats

Socialstyrelsens utgångspunkter vid framtagandet av förslagen om en katastrofmedicinsk insats har varit följande.

1. Förslagen bör utgå från hälso- och sjukvårdens katastrofmedicinska beredskap och ledningsmodell för en allvarlig händelse. Socialstyrelsen föreskriver och allmänna råd (SOSFS 2005:13) om fredstida katastrofmedicinsk beredskap och planläggning inför höjd beredskap liksom de riktlinjer som tagits fram kan här tjäna som en vägledning.
2. Den grundläggande ansvarsfördelningen mellan myndigheter skall så långt som möjligt likna den som gäller vid händelser inom landets gränser.
3. Beredskapen för hälso- och sjukvårdsinsatser i ett annat land baseras på planering, genomförande av insatser samt uppföljning och utvärdering av en genomförd insats.
4. Uppgiften för ledningen av en katastrofmedicinsk insats är att leda och samordna verksamheterna i skadeområde, vid sjuktransporter och på vårdenheter samt att samverka med andra berörda myndigheter och organisationer.

Medicinsk expertgrupp för behovsbedömning

Socialstyrelsens förslag: Socialstyrelsen skall ansvara för att en medicinsk expertgrupp för behovsbedömning finns i beredskap. Experter ur gruppen skall bedöma behovet av katastrofmedicinska insatser. Det är Socialstyrelsen som, i samråd med andra berörda myndigheter, beslutar att gruppen skall träda i funktion.

Enligt regeringens uppdrag skall Socialstyrelsen lämna förslag om beredskap för att i ett mycket tidigt skede sända svensk sjukvårdsexpertis till katastrofplatser för att bedöma behovet av en katastrofmedicinsk insats.

Socialstyrelsen har för närvarande en skyldighet att i vissa situationer hålla regeringen informerad om händelseutvecklingen, tillståndet och den förväntade utvecklingen inom ansvarsområdet samt om vidtagna och planerade åtgärder. Det framgår av 5 § förordningen (2002:472) om åtgärder för fredstida krishantering och höjd beredskap. Bestämmelsen är främst tänkt att tillämpas när en händelse har inträffat i Sverige. Som tidigare nämnts (se avsnitt Socialstyrelsen, sid 28) kan det dock bli aktuellt att informera regeringen också vid händelser som inträffar i utlandet. Det nuvarande regelverket ger dock inte stöd för en svensk katastrofmedicinsk insats i utlandet.

Sett mot denna bakgrund är det naturligt att Socialstyrelsen även svarar för beredskapen att sända svensk sjukvårdsexpertis till katastrofplatser i utlandet för att bedöma behovet av en katastrofmedicinsk insats på plats.

Socialstyrelsen föreslår att ett tillägg görs i myndighetens instruktion som tydliggör Socialstyrelsens befogenheter i en situation då många människor med hemvist i Sverige drabbas av en stor olycka eller katastrof i utlandet. Socialstyrelsen skall i samverkan med berörda myndigheter och organisationer förbereda så att Socialstyrelsen kan stödja Regeringskansliet, utlandsmyndigheterna och de nödställda. Med stöd av denna bestämmelse skall Socialstyrelsen bl.a. kunna hålla en beredskap för att kunna göra bedömningar av behovet av en katastrofmedicinsk insats i utlandet.

Socialstyrelsen föreslår att en medicinsk expertgrupp för behovsbedömning (nedan kallad medicinsk expertgrupp) knyts till myndigheten. Gruppens uppgift blir att bedöma behovet av hjälp i form av katastrofmedicinska insatser och krisstöd i samband med stora olyckor och katastrofer i utlandet. Gruppen skall även kunna användas för att göra bedömningar när sådana händelser har inträffat i Sverige.

Den medicinska expertgruppen skall bestå av cirka tio läkare. Gruppens storlek motiveras av att den skall kunna täcka olika typer av händelser, allt ifrån omfattande olyckshändelser med ett stort antal traumafall till händelser inom C-, B- och RN-områdena. C-, B- och RN områdena avser händelser där kemiska, biologiska (smittämnen, toxiner) respektive radionukleära ämnen ingår i händelseförloppet.

En kontinuerlig och aktiv omvärldsbevakning är nödvändig för att snabbt komma igång med en analys av indikationer och händelser som kan kräva åtgärder. Den medicinska expertgruppen föreslås kunna utföra sitt arbete på

olika sätt. Ett första steg kan vara att deltagare ur gruppen samlar och bedömer de uppgifter som finns tillgängliga på Internet, i massmedia m.m. De kan också kontakta utlandsmyndigheten eller andra aktörer som befinner sig i det land där den stora olyckan eller katastrofen inträffat. Slutligen kan deltagarna göra behovsbedömningar på plats.

Gruppens bedömningar och slutsatser skall vara en grund för Socialstyrelsens agerande, men också tjäna som underlag för rapporteringen till Regeringskansliet.

Som tidigare nämnts har Statens räddningsverk fått regeringens uppdrag att i samverkan med berörda myndigheter och organisationer förbereda så att verket, i en situation då många människor med hemvist i Sverige drabbas till följd av allvarlig olycka eller katastrof i utlandet, med kort varsel kan stödja utlandsmyndigheter och nödställda. Med anledning av uppdraget har verket, tillsammans med andra berörda myndigheter, påbörjat arbetet med att skapa en bedömningsenhet.

Socialstyrelsens medicinska expertgrupp skall kunna ingå i denna myndighetsgemensamma bedömningsenhet. I enheten ingår, förutom hälso- och sjukvårdspersonal från Socialstyrelsen, personal från Rikspolisstyrelsen och Statens räddningsverk. Enheten skall genomföra behovsbedömningar på platsen och föreslås kunna avresa med kort varsel (inom 6 timmar efter beslut).

För att stärka beredskapen har Utrikesdepartementet beslutat sig för att bilda en eller flera snabbinsatsstyrkor, som ska kunna sändas ut med kort varsel. Om möjligt bör bedömningsenheten avresa tillsammans med UD:s snabbinsatsstyrka.

Bedömningsenheten skall rapportera direkt till Regeringskansliet. Ofta är tiden mycket knapp och Regeringskansliet behöver omedelbart få tillgång till de uppgifter som behövs för att kunna ta ställning till vilka åtgärder som bör vidtas. Samma information skall sändas också till de ansvariga myndigheterna.

Socialstyrelsens medicinska expertgrupp bör utbildas och tränas regelbundet. Vidare bör gruppen genomgå hälsoundersökningar samt vaccineras i lämplig omfattning. Gruppen bör ha tillgång till personlig utrustning, som förvaras åtkomlig för att möjliggöra en avresa med kort varsel. Övrig utrustning skall införskaffas och lagras av Socialstyrelsen i samverkan med Statens räddningsverk.

Det är Socialstyrelsen som beslutar att den medicinska expertgruppen skall träda i funktion. Detta sker i samråd med andra berörda myndigheter.

Socialstyrelsens tjänsteman i beredskap (TiB) har till uppgift att ständigt ha beredskap för att ta emot larm och snabbt kunna kalla in utökade resurser när det finns behov. Den medicinska expertgruppen skall kunna kallas in av Socialstyrelsens TiB som också kan ta initiativ till att en initial behovsbedömning görs.

Statens räddningsverk har till uppgift att samordna den myndighetsgemensamma bedömningsenheten. Beslut om att en sådan enhet skall avresa fattas av Räddningsverket efter samråd med andra berörda myndigheter. Detta hindrar dock inte att Socialstyrelsen på eget bevåg sänder iväg sin medicinska expertgrupp, om det bedöms finnas ett behov av detta. Samråd skall givetvis även här ske med andra berörda myndigheter.

Katastrofmedicinska insatser utomlands

Socialstyrelsens förslag: Vissa landsting skall få göra katastrofmedicinska insatser i utlandet i en situation då många människor med hemvist i Sverige drabbas av en stor olycka eller katastrof.

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att lämna förslag på beredskap för att sända svenska sjukvårdsteam utomlands för att ta hand om personer med hemvist i Sverige.

Tidigare har konstaterats (se avsnitt Nuvarande rättslig reglering sid 18) att varken Socialstyrelsen, landstingen eller någon annan svensk myndighet har befogenheter att göra hälso- och sjukvårdsinsatser i utlandet i de situationer som är aktuella här. Regeringens uppdrag till Socialstyrelsen förutsätter att en sådan legal grund skapas. Den grundläggande frågan att ta ställning till är vilken myndighet som skall vara sjukvårdshuvudman och vårdgivare. Sjukvårdsresurserna finns hos landstingen medan Socialstyrelsen är den nationella sektorsmyndigheten på hälso- och sjukvårdsområdet (inklusive katastrofmedicin).

En möjlighet är att Socialstyrelsen (eller Regeringskansliet) genom en reglering i lag görs till sjukvårdshuvudman för den här typen av sjukvårdsinsatser. Socialstyrelsen skulle efter upphandling kunna teckna avtal med ett eller flera landsting, där bl.a. kraven på beredskapsinsatser specificerades.

Det går också att tänka sig en lösning där Socialstyrelsen utses till såväl sjukvårdshuvudman som vårdgivare. Socialstyrelsen får då knyta till sig den hälso- och sjukvårdspersonal som behövs. När en insats blir aktuell kommer personalen att vara anställd av myndigheten.

En fördel med en konstruktion där Socialstyrelsen är vårdgivare är att Socialstyrelsen kan svara för en samordning på nationell nivå av sjukvårdsresurserna. Det kan också uppfattas som enklare att en och samma myndighet har ett totalansvar för insatsen. En nackdel är att Socialstyrelsen normalt sett inte är sjukvårdshuvudman och vårdgivare. Socialstyrelsen är expert- och tillsynsmyndighet och att i dessa situationer tilldela myndigheten en ny roll skulle innebära ett avsteg från vad som hittills gällt. Inte heller Regeringskansliet har någon erfarenhet av att fungera som sjukvårdshuvudman och vårdgivare. Den här typen av insatser kommer sannolikt att behöva göras relativt sällan. Det kan ifrågasättas om det är möjligt för Socialstyrelsen eller Regeringskansliet att upprätthålla den kompetens som krävs för att fungera som vårdgivare i dessa akuta situationer.

Men enligt Socialstyrelsens uppfattning är den mest ändamålsenliga lösningen att landstingen görs till sjukvårdshuvudmän och vårdgivare, vilket harmoniserar väl med vad som gäller vid stora olyckor och katastrofer inom landet.

Det är hos landstingen som hälso- och sjukvårdsresurserna finns. I det svenska hälso- och sjukvårdssystemet är landstingen och kommunerna huvudmän för merparten av hälso- och sjukvården. Den hälso- och sjukvård som drivs i statlig regi är av en relativt liten omfattning. Det är därför naturligt att söka efter operativ förmåga för katastrofmedicinska insatser hos landstingen.

Dock faller det för närvarande inte inom ett landstings kompetens att göra katastrofmedicinska insatser utomlands. Den grundläggande kompetensbestämmelsen i 2 kap. 1 § kommunallagen (1991:900) ger bland annat uttryck för den så kallade lokaliseringsprincipen. Principen innebär att en kommunal åtgärd måste vara knuten till kommunens eller landstingets eget område eller dess invånare. Avsteg från lokaliseringsprincipen kan göras genom speciallagstiftning.

Socialstyrelsen föreslår att vissa (i en förordning utpekade) landsting ges befogenhet att göra katastrofmedicinska insatser i en situation då många människor med hemvist i Sverige drabbas av en stor olycka eller katastrof i utlandet. De landsting som föreslås är Stockholms läns landsting, Västra Götalandsregionen, Region Skåne, Landstinget i Östergötland, Uppsala läns landsting och Västerbottens läns landsting.

Bestämmelser om landstingens utökade befogenheter skulle kunna placeras i hälso- och sjukvårdslagen. Förslaget innebär emellertid ett särskilt reglerat undantag från lokaliseringsprincipen som är tänkt att tillämpas i mycket speciella situationer. Enligt Socialstyrelsens uppfattning bör landstingens befogenheter regleras i en särskild lag. Socialstyrelsen föreslår därför en särskild lag om katastrofmedicinska insatser i utlandet vid en stor olycka eller katastrof.

Enligt Socialstyrelsen uppfattning kan en katastrofmedicinsk insats i utlandet bli aktuell endast i undantagssituationer. Vissa grundläggande förutsättningar skall vara uppfyllda. För det första skall en stor olycka eller katastrof ha inträffat med många drabbade människor med hemvist i Sverige. Mindre olyckshändelser med endast några få människor inblandade får hanteras på samma sätt som idag.

Med en stor olycka avses en allvarlig händelse där tillgängliga resurser är otillräckliga i förhållande till de akuta behoven, men där det genom omfördelning av resurser och oförändrad teknik är möjligt att upprätthålla normala kvalitetskrav. En katastrof är en allvarlig händelse där tillgängliga resurser är otillräckliga i förhållande till det akuta behovet och belastningen är så hög att normala kvalitetskrav trots adekvata åtgärder inte längre kan upprätthållas.

Det är Regeringskansliet som beslutar att en katastrofmedicinsk insats skall inledas (se avsnitt Beslut om katastrofmedicinsk insats sid 42).

Liksom när det gäller en bedömningsenhet ingår den katastrofmedicinska insatsen, som även innefattar sjuktransporter, i en större myndighetsgemensam insats. Räddningsverkets stödstyrka består av en samverkansstab och informationsenheter. Informationsenheterna skall samla och förmedla information och bl.a. inventera sjukvårdsinrättningar. I styrkan ingår hälso- och sjukvårdspersonal och annan personal som skall kunna bistå de drabbade med krisstöd och enklare hälso- och sjukvårdsinsatser.

Utöver Räddningsverkets stödstyrka skall det finnas en beredskap för att sända iväg insatsenheter. Dessa enheter skall stå för merparten av de katastrofmedicinska insatserna. Det kan handla om att inventera sjukhus, göra bedömningar av skador, ge vård och behandling samt genomföra sjuktransporter.

Den tid inom vilken avresa skall kunna ske för dessa enheter föreslås vara 12 timmar efter beslut om insats.

Behoven kan vara mångfacetterade som i fallet med flodvågskatastrofen i Sydostasien där det fanns såväl informationsbehov, behov av krisstöd men också behov av sjukvårdsinsatser och medicinsk evakuering. Det kan också bli aktuellt att evakueras dem som ännu inte är skadade för att undvika att fler drabbas. I många fall finns också behov av stöd till drabbade som sökte efter anhöriga, i praktiska frågor, vid identifiering av avlidna anhöriga samt behov av hjälp att arrangera hemtransport av dessa.

Det är naturligt att utgå från att det är på platser som är populära resmål för svenskar som insatser kan behöva göras. Många gånger håller hälso- och sjukvården i vädlandet en jämförelsevis god standard. Faktorer som turistströmmarnas föränderlighet medför dock att så inte alltid är fallet.

Händelser som går att förutse är jordbävningar, bränder på hotell och nöjesställen, terrorhandlingar med bombexplosioner på allmänna platser, omfattande transportolyckor, husras m.m. Samtliga händelser medför ett skadepanorama med omfattande trauma inklusive brännskador, krosskador och risk för nedkylning. De medicinska behoven kulminerar snabbt och följs av en period med ett behov hos vissa av de drabbade av mer eller mindre avancerat medicinskt omhändertagande. Erfarenheter från t.ex. den medicinska evakueringen som genomfördes efter Bali-bomberna år 2002, då flera av offren avled under den medicinska evakueringen, visar på patienternas skörhet och behov av ett strukturerat medicinskt omhändertagande inför en tidig medicinsk evakuering.

Eftersom Sverige i allt större omfattning deltar i internationellt fredsbevarande arbete och andra insatser i konfliktområden ökar risken för vålds- och terrorhandlingar med gisslantagning och andra liknande situationer. Andra typer av händelser omfattar de så kallade C-, B- och RN-områdena där en uppseglande spridning av en allvarlig smittsam sjukdom av många ses som det mest aktuella hotet. Medveten spridning av smittämnen med omfattande spridningseffekter bedöms som mindre sannolik, men bör ändå beaktas. Terrorhandlingar med användning av kemiska och radionukleära vapen är andra scenarier som på intet sätt kan uteslutas, liksom olyckor med främst utsläpp av kemiska ämnen. Händelserna kan komma att ställa krav på kompetenser som endast finns tillgängliga i begränsad omfattning i Sverige.

I samtliga beskrivna situationer kommer det att uppstå ett stort psykiskt lidande och ett omfattande behov av krisstöd. Detta kommer att omfatta alla drabbade, även de som inte drabbats av kroppsliga skador. Erfarenheterna från flodvågskatastrofen visar att ett stort behov kan finnas tidigt i förloppet.

Bemyndigande

Socialstyrelsens förslag: Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela särskilda föreskrifter om katastrofmedicinska insatser i utlandet.

När det gäller katastrofmedicinska insatser inom Sveriges gränser har Socialstyrelsen lämnat förslag på en särskild s.k. skrivbordsförfattning. Förslaget

är tänkt att vara ett underlag för en förordning som snabbt kan beslutas av regeringen i en extraordinär situation som kräver att nationens samlade hälso- och sjukvårdsresurser tas i anspråk. Om regeringen beslutar att skrivbordsförfattningen skall träda i kraft innebär det att Socialstyrelsen får besluta om utnyttjande av vårdplatser samt förflyttning av personal, förnödenheter och patienter. Detta operativa ansvar gäller emellertid endast inom Sveriges gränser.

För de fall då det kan finnas ett behov av att agera utomlands föreslår Socialstyrelsen en liknande lösning. Behovet av snabba insatser gör att det dock inte alltid är möjligt att invänta ett regeringsbeslut. En skrivbordsförfattning bedöms därför som ett mindre lämpligt alternativ. Istället bör en förordning ha satts i kraft redan före det att en händelse inträffar.

Socialstyrelsen föreslår att det i den föreslagna lagen ges ett bemyndigande till regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, att meddela särskilda föreskrifter om katastrofmedicinska insatser i utlandet. Bemyndigandet gör det möjligt för regeringen att delegera befogenheter både till Socialstyrelsen och till Regeringskansliet.

Socialstyrelsen lämnar också förslag på en förordning om katastrofmedicinska insatser i utlandet vid en stor olycka eller katastrof. I förordningen ges Regeringskansliet och Socialstyrelsen rätt att besluta om hälso- och sjukvårdens katastrofmedicinska insatser i utlandet.

Beslut om en katastrofmedicinsk insats

Socialstyrelsens förslag: Det är Regeringskansliet som beslutar att en katastrofmedicinsk insats i utlandet skall inledas.

Det är viktigt att klargöra om det är regeringen, Regeringskansliet eller någon annan myndighet som skall besluta om att en katastrofmedicinsk insats skall inledas i utlandet. Vem skall ”trycka på knappen”, dvs. avgöra när en insats skall inledas?

Socialstyrelsen föreslår att beslutet om att inleda en hälso- och sjukvårdsinsats i utlandet skall tas av Regeringskansliet. Bakgrunden är att sådana insatser i utlandet kräver mottagarlandets godkännande. Folkkrätten ger ambassader och andra utrikesrepresentationer en viss möjlighet att skydda sina medborgares intressen utomlands. När det gäller mer omfattande insatser blir det en diplomatisk förhandlingsfråga med berörd stat i varje enskilt fall. Förhållandet till andra stater och diplomatiska frågor hör mer naturligt hemma i Regeringskansliet (främst UD) än hos en nationell myndighet.

Katastrofkommissionen har i betänkandet Sverige och tsunamin – granskning och förslag (SOU 2005:104) anført att insatser i utlandet är komplicerade att reglera, eftersom de bygger på mottagarlandets eventuella godkännande av svensk myndighetsutövning eller faktiska handlande på mottagarlandets territorium. Enligt kommissionens bedömning ger folkkrätten ambassader och andra utrikesrepresentationer en viss möjlighet att skydda sina medborgares intressen utomlands (Wienkonventionen om diplomatiska förbindelser, SÖ 1967:1, artikel 3 punkt 1 b).

Vid en kris finns t.ex. en möjlighet att ta in ytterligare personalresurser inom ambassadens organisation. Det innebär att det enligt kommissionen torde vara möjligt att skicka bedömningsenheter till platsen. När det gäller övriga insatser, t.ex. katastrofmedicinska insatser, blir det en diplomatisk förhandlingsfråga med det berörda landet i varje enskilt fall. Det går inte att komma ifrån att utrikesförvaltningen får en central roll i dessa situationer.

Ytterligare ett skäl till att ett beslut om en insats bör fattas inom Regeringskansliet är att frågan är av så stor principiell vikt att den förutsätter ett politiskt ställningstagande. Sjukvårdsinsatserna i utlandet föreslås dessutom vara finansierade med statliga medel, vilket också det talar för att Regeringskansliet bör ha ett inflytande över när en insats skall påbörjas.

Det är väsentligt för Regeringskansliet att snabbt kunna skaffa sig en överblick i en krissituation utomlands och därmed kunna uppskatta behovet av stöd och andra insatser. En förmåga skall finnas att ta fram en samlad lägesbild och sektorsövergripande analyser. Regeringen har nyligen inrättat en krisenhet inom Statsrådsberedningen, kallad beredskaps- och analysenheten. Denna har till uppgift att biträda regeringen i krissituationer. Vid kriser skall enheten samla in och bearbeta information samt löpande följa och bedöma effekten av vidtagna åtgärder och kunna föreslå prioriteringar.

Socialstyrelsen anser att det får bedömas från fall till fall om och vid vilken tidpunkt en insats skall inledas, bl.a. utifrån på de behov som finns och de tillgängliga resurserna på platsen. Säkerheten för insatspersonalen har också betydelse för möjligheterna att genomföra en insats. Det kommer an på Socialstyrelsen och andra myndigheter att lämna den information som behövs för att Regeringskansliet skall kunna fatta ett väl grundat beslut. Initiativet till en insats kan därför många gånger komma från Socialstyrelsen och andra ansvariga myndigheter. En viktig informationskälla är den myndighetsgemensamma bedömningsenheten som har beskrivits i avsnitt Bedömningsenhet sid 37. Bedömningsenheten skall rapportera direkt till Regeringskansliet men även till de nationella myndigheterna.

Det kan hävdas att denna typ av beslut bör fattas av regeringen. Dock är det i krislägen av avgörande betydelse att snabbt kunna besluta om akuta åtgärder. Socialstyrelsen anser därför att övervägande skäl talar för att Regeringskansliet skall ges befogenhet att fatta inledande beslut utan att behöva vänta på ett regeringsbeslut. Ett argument för att på förhand kunna delegera den omedelbara beslutsrätten på detta sätt är att ett regeringsbeslut kan dröja flera timmar. Däremot kan regeringen, när den därefter sammanträder, besluta om närmare befogenheter och resurser.

Socialstyrelsen tar i denna rapport inte ställning till vilket departement och enhet inom Regeringskansliet som skall hantera denna typ av kriser och t.ex. besluta att en katastrofmedicinsk insats i utlandet skall inledas. Dessa frågor utreds för närvarande i andra sammanhang.

Regeringen har överlämnat nyligen en proposition till riksdagen (prop. 2005/06:133) om samverkan vid kris – för ett säkrare samhälle. I propositionen gör regeringen bedömningen att krishanteringsförmågan och verksamheten vid beredskaps- och analysenheten skall utvecklas.

Enligt regeringen (prop. 2005/06:133 s. 51) är det viktigt att beredskaps- och analysenheten kan identifiera potentiella risker, förse berörda beslutsfattare med nödvändigt underlag samt tjäna som larmklocka när det krävs extra

snabbhet i regeringens beslutsfattande. Vid behov bör även aktörer utanför Regeringskansliet kunna larmas. Den självklara utgångspunkten är att ansvariga operativa aktörer i normala fall svarar för att slå larm. Vid allvarigare kriser är det viktigt att enheten kan följa upp att det slagits larm för att vid behov annars själv kunna ingripa och slå larm.

Regeringen anför vidare i propositionen att det även ingår i beredskaps- och analysenhetens uppdrag sådana uppgifter som - för att tid inte skall gå förlorad - kan behöva utföras i ett inledningsskede av en händelse som skulle kunna utvecklas till en kris. Detta kräver en ständig omvärldsbevakning, kontakt med liknande funktioner i andra länder och ett nära och kontinuerligt samarbete med operativa aktörer, t.ex. polisen, Kustbevakningen, Försvarsmakten, Statens räddningsverk, SOS Alarm AB.

Det kan tilläggas att Katastrofkommissionen i betänkandet Sverige och tsunamin - Granskning och förslag (SOU 2005:104) har föreslagit att regeringen och Regeringskansliet bör ha det övergripande, strategiska ledningsansvaret i händelse av en kris. Det innebär att en särskild krisledningsfunktion skall bildas. Inriktningen föreslås bli strategisk, men i uppdraget kommer också att ligga operativa uppgifter i krisens inledningsskede för att tid inte ska gå förlorad. Till sådana tidiga operativa uppgifter kan höra att sätta igång räddnings- och akutsjukvårdsinsatser. Dessa förslag bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Ledning och samordning av den katastrofmedicinska insatsen

Socialstyrelsens förslag: Socialstyrelsen skall få besluta om förflyttning av hälso- och sjukvårdspersonal och patienter, sjukvårdsmateriel och läkemedel samt i övrigt besluta om användandet av landstingens resurser i utlandet.

Vid en stor olycka eller katastrof i ett annat land med många drabbade människor med hemvist i Sverige måste en samordning ske av hälso- och sjukvårdsinsatserna i utlandet. Flera landsting blir engagerade i de katastrofmedicinska insatserna. Ledningen och samordningen av dessa insatser bör ske på nationell nivå.

Socialstyrelsen föreslår att en funktion för ledning och samordning, en nationell sjukvårdsledning, etableras samtidigt som bedömningsenheten skickas i väg. Med ledning avses i den föreslagna förordningen en aktivitet som syftar till att definiera en verksamhetsuppgift och se till att tillgängliga resurser samordnas och nyttjas på bästa sätt för att denna uppgift skall kunna lösas.

Vidare anges i den föreslagna förordningen att Socialstyrelsen får besluta om förflyttningen av hälso- och sjukvårdspersonal och patienter, sjukvårdsmateriel och läkemedel samt i övrigt besluta om användandet av landstingets resurser i utlandet. Det handlar således om en rätt att operativt förfoga över landstingens hälso- och sjukvårdsresurser i utlandet. Ett beslut skall inte vara mer omfattande eller ingripande än vad som är nödvändigt för att skydda liv och hälsa.

Den nationella sjukvårdsledningen skall kunna samverka med andra verksamheters nationella ledningar inom ramen för den totala insatsen. Socialstyrelsen kommer att samverka med bl.a. Statens räddningsverk, Rikspolisstyrelsen och Luftfartsstyrelsen. Detta sker lämpligast genom en gemensam samverkansstab som är placerad i Sverige. Staben är en samordningsfunktion som bl.a. kontinuerligt tar fram aktuell information med lägesbeskrivningar för de involverade parterna.

Den direkta ledningen av sjukvårdsinsatsen i ett annat land sker på motsvarande sätt som om det hade varit en insats i Sverige. Det innebär att det upprättas en regional sjukvårdsledning, med sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig som skall leda och samordna verksamheterna i skadeområde, vid sjuktransporter och på vårdenheter. Sjukvårdsledaren och den medicinskt ansvarige i den regionala sjukvårdsledningen utgörs av de läkare som ingår i bedömningsenheten. Det kommer också att finnas personal som samordnar krisstödsinsatserna. De personer som leder och samordnar såväl hälso- och sjukvården som krisstödet skall samverka med andra berörda myndigheter och organisationer som deltar i den totala insatsen. Detta sker genom en samverkansstab inom ramen för Statens räddningsverks (SRV) stödstyrka.

Det är enskilda yrkesutövare ur hälso- och sjukvårdspersonalen från landstingen som prioriterar och beslutar om medicinska åtgärder för enskilda patienter.

Det kan tilläggas att ett behov av nationell samordning kan finnas också när det gäller den hälso- och sjukvård som ges i Sverige. Detta faller dock utanför det här aktuella regeringsuppdraget och regleras av befintligt regelverk. Den s.k. skrivbordsförfattningen, som regeringen har möjlighet att sätta i kraft, innebär att Socialstyrelsen kan besluta om utnyttjande av landstingens vårdplatser samt förflyttning av personal, förnödenheter och patienter mellan landstingen.

Katastrofmedicinsk beredskap

Socialstyrelsens förslag: Vissa landsting skall planera sin hälso- och sjukvård så att en beredskap för katastrofmedicinska insatser i utlandet kan upprätthållas. Socialstyrelsen samordnar och övervakar planeringen av den katastrofmedicinska beredskapen. Socialstyrelsen får träffa överenskommelser med landstingen om de närmare villkoren för den beredskap som skall upprätthållas.

Enligt regeringsuppdrag till Socialstyrelsen skall förslag lämnas för en organisation och en plan för att möta en situation med många drabbade utanför Sveriges gränser. Förslag skall också lämnas bl.a. om beredskapen för att sända bedömningsteam och svensk hälso- och sjukvårdspersonal utomlands.

Socialstyrelsens förslag innebär att är Stockholms läns landsting, Västra Götalandsregionen, Region Skåne, landstinget i Östergötland, Uppsala läns landsting och Västerbottens läns landsting ges befogenheter att göra katastrofmedicinska insatser i utlandet. Dessa landsting skall planera sin hälso-

och sjukvård så att en beredskap för katastrofmedicinska insatser i utlandet upprätthålls.

Det finns ett behov av en samordning av planeringsinsatserna på nationell nivå. Socialstyrelsen skall därför samordna och övervaka landstingens planering av den katastrofmedicinska beredskapen. Det ges också en möjlighet för Socialstyrelsen att träffa överenskommelser med landstingen om de närmare villkoren för den beredskap som skall upprätthållas.

Om Socialstyrelsen förslag till författningsreglering blir verklighet kommer således en fortsatt planering för att hålla beredskap att äga rum. Landstingens planering kommer att ske i nära samverkan med Socialstyrelsen. Socialstyrelsen kommer också, tillsammans med övriga berörda myndigheter, planera för att kunna upprätthålla en beredskap för de myndighetsgemensamma insatserna.

Socialstyrelsen har inom ramen för detta regeringsuppdrag angett vilka behov som finns och tagit fram ett förslag som översiktligt visar hur den katastrofmedicinska beredskapen kan komma att se ut. En närmare beskrivning av Socialstyrelsen förslag finns i bilagan – rapport från arbetsgrupperna för bedömningsenhet respektive sjukvårdsenheter.

Vid insatser i utlandet kan såväl arbetsrättsliga frågor som socialförsäkringsfrågor komma att aktualiseras. Det kan t.ex. röra sig om personalens arbetsmiljö och det ekonomiska skyddet för dem som skadar sig.

Här kan nämnas att en utredning tillsattes år 1997 för att se över reglerna för Försvarsmaktens internationella fredsfrämjande verksamhet utomlands med tonvikt på regler och rutiner som tillämpas vid personskador samt att föreslå förbättringar. Utredningen om utlandsstyrkan lämnade ett betänkande år 1998, Utlandsstyrkan (1998:30), som innehöll förslag om bl.a. arbetsmiljö- och rehabiliteringsansvar, det ekonomiska skyddet för de skadade samt stöd till de skadades anhöriga. Betänkandet ledde fram till en ny lagstiftning, lagen (1999:568) om utlandsstyrkan inom Försvarsmakten.

Det kan finnas skäl att se över skyddet också för den personal som deltar i katastrofmedicinska insatser vid stora olyckor och katastrofer utomlands. Socialstyrelsen gör dock bedömningen att det inte är möjligt att utreda frågan inom ramen för detta uppdrag. Behovet av en särskild reglering bör övervägas i ett annat sammanhang.

Hälso- och sjukvårdspersonal som anmäler sig frivilligt

Socialstyrelsens förslag: En beredskap skall finnas för att kunna bemöta och lämna information till hälso- och sjukvårdspersonal som anmäler sig frivilligt när att en stor olycka eller katastrof har inträffat i utlandet.

I regeringens uppdrag anges att Socialstyrelsen skall lämna förslag till beredskap för att tillsammans med andra myndigheter och organisationer bemöta den resurs av hälso- och sjukvårdspersonal som anmäler sig frivilligt vid en katastrof utomlands, där människor med hemvist i Sverige drabbas.

Socialstyrelsen har, som tidigare nämnts, valt att begränsa uppdraget till att gälla den frivilliga hälso- och sjukvårdspersonal som vid tidpunkten för katastrofen befinner sig i Sverige. Socialstyrelsen konstaterar dock att frivilliginsatserna på platsen för den inträffade händelsen är av stort värde. Det är väsentligt att den hälso- och sjukvårdspersonal som befinner sig i det land där den stora olyckan eller katastrofen har inträffat ges möjlighet att delta på lämpligt sätt.

Om den föreslagna beredskapen för katastrofmedicinska insatser i utlandet blir verklighet, kommer behovet av frivillig hälso- och sjukvårdspersonal att vara begränsat. Det kommer emellertid att finnas ett behov av att kunna bemöta och svara på frågor från den hälso- och sjukvårdspersonal som kontakter myndigheter och organisationer för att anmäla sig frivilligt.

I första hand är det landstingen som har ett ansvar för att informera den personal som är anställd hos dem.

Det kan dock hända att frivilliga vänder sig till de nationella myndigheterna för att erbjuda sina tjänster. När en stor olycka eller katastrof har inträffat skall därför information kunna läggas ut på Socialstyrelsens webbplats och på den nationella portal som Krisberedskapsmyndigheten fått i uppdrag av regeringen att upprätta. Portalen riktar sig till allmänheten med information om samhällets krishantering. Krisberedskapsmyndighetens arbete bedrivs i samverkan med Socialstyrelsen, Statens räddningsverk och andra berörda myndigheter. Uppdraget kommer att slutredovisas år 2008.

Syftet med den nationella portalen är att ge allmänheten en samlad tillgång till risk- och krisinformation. Här finns det bl.a. möjlighet att redovisa hur de frivilliga resurserna skall kunna tas till vara och de krav som kommer att ställas.

När en stor olycka eller katastrof har inträffat kan det även bli aktuellt att förstärka Socialstyrelsens förmåga att ta emot telefonsamtal från hälso- och sjukvårdspersonal som vill bidra med frivilliga insatser. De som svarar i telefon skall kunna avböja hjälpen eller hänvisa vidare, i de fall behov av hjälp finns eller förväntas uppstå. Detta förutsätter att de personer som tar emot samtalen får information från övriga aktörer, t.ex. Regeringskansliet och landstingen, om behoven av frivilliga hälso- och sjukvårdstjänster. Som tidigare nämnts kommer behoven sannolikt att vara ytterst begränsade om förslagen som lämnas i denna rapport blir verklighet.

För att information genom telefonväxlar, webbplatser och intranät skall fungera tillfredsställande vid en stor olycka eller katastrof, är det nödvändigt att kontakter tas på förhand med informationsansvariga vid landstingen, Röda korset och andra organisationer.

Kostnader m.m.

Socialstyrelsen förslag: De landsting som gör katastrofmedicinska insatser i utlandet skall ha rätt till skälig ersättning av staten för de kostnader som uppstått. Landstingen skall även få ersättning av staten för sina kostnader i samband med den planering som görs för att upprätthålla en beredskap. Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela föreskrifter om ersättnings storlek.

Enligt regeringens uppdrag skall Socialstyrelsen identifiera kostnader och lämna förslag på finansiering med utgångspunkt att kostnaderna skall rymmas inom befintliga anslagsramar.

Socialstyrelsens förslag innebär att samhället i vissa situationer skall tillhandahålla hälso- och sjukvård till svenska patienter i utlandet. Det innebär ett avsteg från det som normalt gäller när svenskar söker vård utomlands, då det är värdlandets hälso- och sjukvård samt SOS International m.fl. som står för insatserna. Finansiering sker genom individernas egna försäkringar, ur ”egen ficka” eller liknande.

Socialstyrelsen delar Katastrofkommissionens uppfattning att det inte är motiverat med någon grundläggande förändring av kostnadsansvaret. Ansvaret bör också i fortsättningen i allt väsentligt vara privat. Fortfarande skall det vara den enskilde som genom privat finansierade försäkringar bär huvudansvaret för sitt eget skydd och säkerhet. Reseföretag och försäkringsbolag blir därmed de aktörer som i första hand får ta ansvar för akuta insatser för omhändertagande, hälso- och sjukvård, hemtransporter m.m.

Socialstyrelsens förslag innebär emellertid att nya uppgifter läggs på vissa landsting och att det offentliga får ett kostnadsansvar för de katastrofmedicinska insatser som gös med stöd av den föreslagna lagen och förordningen. Vid stora olyckor och katastrofer utomlands kan det därutöver förekomma förhandlingar i efterhand om kostnadsfördelningen, då staten kan välja att ta en större andel av kostnaderna än vad lagstiftningen kräver. Av oförsäkrade bör i sådana situationer pengar krävas in i efterhand för att inte minska de enskildas vilja att teckna försäkringar.

I den mån det uppstår kostnader för det offentliga bör staten och inte landstingen stå för finansieringen. Socialstyrelsen föreslår att de landsting som gör katastrofmedicinska insatser i utlandet skall ha rätt till skälig ersättning av staten för de kostnader som uppstått. Landstingen skall även få ersättning av staten för sina kostnader i samband med den planering som görs för att upprätthålla en beredskap. Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela föreskrifter om ersättningens storlek.

Man bör här skilja på kostnader för planeringen och kostnader för de faktiska insatserna. Kostnaderna för de katastrofmedicinska insatserna är svåra att uppskatta. Socialstyrelsen delar dock Katastrofkommissionens uppfattning att de årliga kostnaderna för staten blir begränsade. Några särskilda arrangemang torde inte krävas.

Utrikesdepartementet disponerar ett anslag (5.4, ekonomiskt bistånd till enskilda utomlands) som skall användas till utgifter för räddnings- och katastrofinsatser i de situationer då många människor med hemvist i Sverige drabbas av en allvarlig olycka eller katastrof i utlandet. De insatser som görs av Räddningsverkets stödstyrka finansieras med hjälp av detta anslag.

Såväl landstingen som Socialstyrelsen kommer att ha kostnader i samband med den planering som görs för att upprätthålla en beredskap.

Enligt 7 § HSL skall landstingen planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls. De resurser som har byggt upp för att hantera händelser som inträffar i Sverige kan användas också vid stora olyckor och katastrofer i utlandet. Trots detta kommer Socialstyrelsens förslag att föra med sig vissa kostnader för landstingen. Vilken ersättning

som staten skall lämna till landstingen bör bestämmas närmare inom ramen för överläggningar mellan Regeringskansliet och Sveriges Kommuner och Landsting.

Förslagen i denna rapport innebär att Socialstyrelsen åläggs en ny uppgift. Socialstyrelsen har beräknat vissa av de kostnader som kan förväntas uppstå till följd av förslagen. Den hälso- och sjukvårdspersonal, cirka 120 – 150 personer, som berörs av förslagen kommer att ha behov av utbildning. Kostnaderna uppskattas till 5 – 6 miljoner kronor under det första året och därefter 3 – 3,5 miljoner kronor per år. Kostnader för den utrustning som kommer att behövas beräknas till 1 miljon kronor. De hälsoundersökningar och vaccinationer som personalen skall erbjudas beräknas kosta cirka 800 000 kronor.

Socialstyrelsen bedömer att de ovan nämna kostnaderna inte ryms inom myndighetens nuvarande anslagsram. Ytterligare medel behöver därför tillskjutas.

Författningskommentarer

Förslaget till lag om katastrofmedicinska insatser i utlandet vid en stor olycka eller katastrof

1 § Det landsting som regeringen bestämmer får göra akuta katastrofmedicinska insatser i utlandet i en situation då många människor med hemvist i Sverige drabbas av en stor olycka eller katastrof.

Med katastrofmedicinska insatser avses åtgärder som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

De katastrofmedicinska insatserna får göras utan sådan anknytning till landstingets område eller dess medlemmar som avses i 2 kap. 1 § kommunallagen (1991:900).

Paragrafen behandlas i avsnitt Katastrofmedicinska insatser utomlands.

Paragrafen utvidgar landstingens befogenheter i förhållande till den grundläggande kompetensbestämmelsen i 2 kap. 1 § kommunallagen (1991:900). Med stöd av första meningen får det landsting som regeringen bestämmer göra akuta katastrofmedicinska insatser i utlandet i en situation då många människor med hemvist i Sverige drabbas av en stor olycka eller katastrof.

Med katastrofmedicinska insatser avses enligt andra stycket åtgärder som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL). Enligt 1 § HSL avses med hälso- och sjukvård åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälso- och sjukvården hör även sjuktransporter samt att ta hand om avlidna.

Enligt andra stycket får ett landsting göra sådana katastrofmedicinska insatser som avses utan sådan anknytning till landstingets område eller dess medlemmar som avses i 2 kap. 1 § kommunallagen. Bestämmelsen innebär således ett avsteg från lokaliseringsprincipen.

2 § Landstinget skall planera sin hälso- och sjukvård så att en beredskap för katastrofmedicinska insatser i utlandet kan upprätthållas.

Paragrafen behandlas i avsnitt Katastrofmedicinsk beredskap.

3 § Landstinget skall ha rätt tillskäligen ersättning av staten för de kostnader för katastrofmedicinska insatser som uppstått till följd av en stor olycka eller katastrof i utlandet.

Landstinget skall även få ersättning av staten för sina kostnader i samband med planeringen enligt 2 §.

Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela föreskrifter om ersättningens storlek.

Paragrafen behandlas i avsnitt Kostnader m.m.

4 § *Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela särskilda föreskrifter om katastrofmedicinska insatser i utlandet.*

Paragrafen behandlas i avsnitt Bemyndigande.

I paragrafen ges ett bemyndigande för regeringen att meddela föreskrifter om katastrofmedicinska insatser i utlandet. I de extrema situationer som här är aktuella kan det finnas ett behov av att bl.a. kunna prioritera resurser och samordna landstingens insatser utomlands. Befogenheter kan delegeras såväl till Socialstyrelsen som till Regeringskansliet.

Förslaget till förordning om katastrofmedicinska insatser i utlandet vid en stor olycka eller katastrof

Inledande bestämmelse

1 § *I denna förordning ges kompletterande föreskrifter till lagen om katastrofmedicinska insatser i utlandet vid en stor olycka eller katastrof.*

Definitioner

2 § *I denna förordning avses med*

allvarlig händelse

händelse som är så omfattande eller allvarlig att resurserna måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt

beredskap

tillstånd att vara beredd på kommande händelseutveckling

katastrof

allvarlig händelse där tillgängliga resurser är otillräckliga i förhållande till det akuta behovet och belastningen är så hög att normala kvalitetskrav trots adekvata åtgärder inte längre kan upprätthållas

<i>katastrofmedicinska insatser</i>	<i>åtgärder som krävs för att omhänderta drabbade och minimera de somatiska och psykiska följdverkingarna vid stor olycka eller katastrof</i>
<i>ledning</i>	<i>aktivitet som syftar till att definiera en verksamhets uppgift och se till att tillgängliga resurser samordnas och nyttjas på bästa sätt för att denna uppgift skall kunna lösas</i>
<i>stor olycka</i>	<i>allvarlig händelse där tillgängliga resurser är otillräckliga i förhållande till de akuta behoven, men där det genom omfördelning av resurser och förändrad teknik är möjligt att upprätthålla normala kvalitetskrav</i>

Definitionerna i paragrafen överensstämmer med de definitioner som används i Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:13) om fredstida katastrofmedicinsk beredskap och planläggning inför höjd beredskap.

Befogenhet att göra katastrofmedicinska insatser i utlandet

3 § *Det är Stockholms läns landsting, Västra Götalandsregionen, Region Skåne, Landstinget i Östergötland, Uppsala läns landsting och Västerbottens läns landsting som får göra sådana katastrofmedicinska insatser som avses i 1 § lagen om katastrofmedicinska insatser i utlandet vid en stor olycka eller katastrof.*

Paragrafen har behandlats i avsnitt Katastrofmedicinska insatser utomlands.

Beslut om att inleda en katastrofmedicinsk insats i utlandet

4 § *Regeringskansliet får besluta att en katastrofmedicinsk insats skall inledas när en stor olycka eller katastrof har inträffat i utlandet.*

Paragrafen har behandlats i avsnitt Beslut om en katastrofmedicinsk insats.

Ledningen av den katastrofmedicinska insatsen

5 § *Socialstyrelsen får besluta om förflyttning av hälso- och sjukvårdspersonal och patienter, sjukvårdsmateriel och läkemedel samt i övrigt besluta om användandet av landstingets resurser i utlandet.*

Paragrafen har behandlats i avsnitt Ledning och samordning av den katastrofmedicinska insatsen.

Genom paragrafen ges Socialstyrelsen en rätt att operativt förfoga över landstingens hälso- och sjukvårdsresurser. Möjligheten att besluta om användandet av landstingens resurser är tänkt att utnyttjas med försiktighet och endast i de fall då det bedöms nödvändigt för att skydda liv eller hälsa. Normalt kommer Socialstyrelsen att samordna de tillgängliga resurserna hos landstingen. Detta sker i samråd med landstingen.

Katastrofmedicinsk beredskap

6 § Det är Stockholms läns landsting, Västra Götalandsregionen, Region Skåne, Landstinget i Östergötland, Uppsala läns landsting och Västerbottens läns landsting som skall hålla en sådan beredskap för katastrofmedicinska insatser som avses i 2 § lagen om katastrofmedicinska insatser i utlandet vid en stor olycka eller katastrof.

Paragrafen har behandlats i avsnitt katastrofmedicinsk beredskap.

7 § Socialstyrelsen samordnar och övervakar planeringen av den katastrofmedicinska beredskapen.

Socialstyrelsen får träffa överenskommelse med landstingen om de närmare villkoren för den beredskap som skall upprätthållas.

Paragrafen har behandlats i avsnitt Katastrofmedicinsk beredskap.

Övrigt

8 § Socialstyrelsen skall fortlöpande underrätta Regeringskansliet om de beslut som fattas med stöd av denna förordning.

Paragrafen innebär att Socialstyrelsen skall hålla Regeringskansliet informerat om händelseutvecklingen i samband med en stor olycka eller katastrof i utlandet.

Förslaget till förordning om ändring i förordning (1996:570) med instruktion för Socialstyrelsen

5 § Socialstyrelsen skall i samverkan med berörda myndigheter och organisationer förbereda så att Socialstyrelsen, i en situation då många människor med hemvist i Sverige drabbas av en stor olycka eller katastrof i utlandet, med kort varsel i ett inledande skede kan stödja Regeringskansliet, utlandsmyndigheten och de nödställda.

Socialstyrelsen skall informera Regeringskansliet (Socialdepartementet) om de åtgärder myndigheten avser att vidta med stöd av första stycket.

Paragrafen har behandlats i avsnitt Bedömningsenhet.

Med stöd av denna paragraf skall Socialstyrelsen bl.a. kunna hålla en beredskap för att kunna göra bedömningar av behovet av en katastrofmedicinsk insats i utlandet.

Vid en kris kan Socialstyrelsen komma att stödja Regeringskansliet också på andra sätt. En krisfunktion i Regeringskansliet behöver bygga upp och upprätthålla kontakter med olika specialistkompetenser. Det krävs många gånger en direkt och omedelbar åtkomst till kunskap som finns hos expertmyndigheter. Paragrafen ges Socialstyrelsen en möjlighet att ge stöd till Regeringskansliet, t.ex. genom att ställa experter till förfogande.

Bilaga – rapport från arbetsgrupperna för bedömningsenhet respektive sjukvårdsenheter

Rapport
Arbetsgrupperna för bedömningsenhet respektive
sjukvårdsenheter

Innehållsförteckning

1. Bakgrund.....	3
2. Uppdraget.....	3
3. Avgränsning	3
4. Behovsbeskrivning.....	4
Scenarier.....	5
5. Aktualiserade kompetensbehov.....	6
6. Principiella lösningar för att tillmötesgå identifierade behov	7
Räddningsverkets förslag	11
7. Förslag	12
Bedömningsgrupp	12
Räddningsverkets stödstyrka	13
Insatsenheter	14
Prehospitala sjukvårdsenheter	14
Traumateam.....	15
C-, B- och RN-insatser	15
Krisstödsenheter	15
Sjuktransporter/Medevac.....	15
Övriga resurser	15
Övrigt	16
8. Genomförande	17
Bilaga 1.....	18
Bilaga 2.....	19

1. Bakgrund

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen utarbetat förslag om en beredskap att lämna bistånd med sjukvårdsinsatser i samband med att ”många personer med hemvist i Sverige” drabbas av omfattande och allvarliga händelser i utlandet. Uppdraget har genomförts i tre delar – 1. ledning, 2. team respektive 3. volontärinsatser. De juridiska förutsättningarna i förslaget har utarbetats inom den gemensamma projektgruppen.

Arbetet har bedrivits i nära samverkan med Räddningsverket, Rikspolisstyrelsen och Utrikesdepartementet och har till delar utgått från Räddningsverkets förslag till struktur för hur dessa insatser bör organiseras. Vidare har Socialstyrelsens föreskrifter för Katastrofmedicinsk beredskap utgjort grund för förslagen.

Arbetet inom delprojektet Team har bedrivits i två arbetsgrupper – en för behovsbedömning och en för olika typer av insatser. I arbetsgrupperna har deltagit läkare med erfarenhet av internationellt katastrofmedicinskt hjälparbete, företrädare för sjukvårdshuvudmännen i storstadsregionerna och företrädare för andra aktuella kompetensgrupperingar – se bilaga 1.

I denna rapport från de arbetsgrupper som arbetat inom delprojektet Team lämnas förslag på hur en beredskap med bedömningsenheter och enheter för sjukvårdsinsatser och krisstöd kan formas.

2. Uppdraget

Delprojektet omfattar att utarbeta underlag för förslag hur en beredskap att bedöma hjälpbehovet avseende hälso- och sjukvård och krisstöd vid de här aktuella händelserna. Dessutom skall föreslås hur beredskapen för olika typer av nödvändiga sjukvårds- och krisstödsinsatser bör utformas.

Uppdraget omfattar beredskap för dessa typer av insatser såväl på plats för den inträffade händelsen som för att genomföra evakuering av drabbade.

3. Avgränsning

Arbetet har avgränsats till att skapa förutsättningar att genomföra bedömningar av det medicinska hjälpbehovet, genomföra medicinsk insats på plats och i samband med evakuering samt göra bedömning av behovet av krisstöd och psykotraumatologiskt stöd samt genomföra sådana insatser. Uppdraget har avgränsats till de delar som ligger utanför Sveriges gränser, vilket innebär att mottagningsfunktionen vid t.ex. flygplatser inte har ansetts ingå i arbetet. Förslagen i denna rapport förutsätter därför att de sjukvårdshuvudmän och kommuner som har flygplatser med internationella förbindelser, och som därför kan komma att beröras av dessa händelser, beaktar behovet av insatser av sjukvård och krisstöd i

beredskapsplaneringen. I denna beredskapsplanering bör ingå hur samverkan avses ske med den nationella samordningen vid dessa händelser. Frågor som sekundärtransporter avseende de som hemtransporteras inom ramen för t.ex. SNAM har inte berörts i detta arbete.

Vidare har arbetet avgränsats avseende ledning och samordning av insatserna, då detta hanteras inom delprojektet Ledning. I förslaget från den arbetsgruppen jämföras sjukvårdsinsatsen i det drabbade landet med en regional sjukvårdsinsats. Detta innebär att i ledningen för insatsen bör finnas funktioner motsvarande sjukvårdsledare, med samordningsansvar, och medicinskt ansvarig, med ansvar för ledningen av den medicinska insatsen, på motsvarande sätt som för regional sjukvårdsledning i Sverige. De enskilda insatsenheterna kommer också att kräva ledningsfunktion.

I den följande texten används uttrycket *sjuktransport* som ett samlingsuttryck för transport av drabbade med olika transportmedel, medan uttrycket *medicinsk evakuering (Medevac)* avser sjuktransport med antingen helikopter eller flygplan utrustat med därtill nödvändig medicinsk utrustning och personal.

4. Behovsbeskrivning

Vid katastrofer och omfattande händelser mobiliseras såväl nationella som internationella mekanismer för att avhjälpa konsekvenserna av det inträffade. I katastrofens inledningsskede sker flera processer samtidigt t.ex. att begränsa fortsatt skadeverkan och att ta hand om dem som på olika sätt drabbats samtidigt som oskadade evakueras för att undvika att fler drabbas. Vid stora internationella katastrofer, som således drabbar flera länder, som tsunamikatastrofen i Sydostasien och den i oktober inträffade jordsbävningen i Indien och Pakistan krävs stora internationella och koordinerade hjälpinsatser. I dessa händelser kan det uppstå situationer när många svenskar drabbas. Då kan koordinerad hjälp behövas för att tillgodose sjukvårdsbehov och att genomföra sjuktransporter ur det aktuella katastrofområdet. Behovet kan vara mångfacetterat som i fallet med tsunamikatastrofen där det fanns informationsbehov, behov av krisstöd men också behov av sjukvårdsinsatser och medicinsk evakuering. I många fall fanns också behov av stöd till drabbade att söka sina anhöriga. Det fanns praktiska frågor och dessutom behövdes identifiering av döda anhöriga samt hjälp att arrangera hemtransport av dessa.

I samband med tsunamikatastrofen i Sydostasien genomfördes evakuering av de drabbade till Sverige, vilket ansågs såväl naturligt som önskvärt. Det bör dock beaktas att sjuktransporter, åtminstone inledningsvis av olika omständigheter, kan behöva göras till andra länder. Detta kan t.ex. vara avhängigt tillgängliga transportresurser, de drabbades tillstånd och möjligheten att få god och adekvat vård inom den aktuella regionen.

Scenarier

Uppdraget, att föreslå en beredskap för att bistå personer med hemvist i Sverige olika typer av sjukvårdsinsatser, måste utgå från en bedömning av vad det är för *typ av händelser* som kan leda till insatser av denna typ. Ur ett medicinskt perspektiv måste vidare *behovet* av insatser också bedömas utifrån förhållandet mellan behov och tillgängliga resurser på plats och i det relativa närområdet till skadeområdet. *Säkerheten* för insatspersonalen är vidare av betydelse för möjligheterna att genomföra en insats.

Det kan ses som naturligt, vid analys av tänkta händelser, att utgå från att det är på platser som utgör turistmål för svenskar som kan drabbas i de här aktuella situationerna. Detta medför att t.ex. tillgänglig sjukvård kan, i många fall, kan bedömas hålla en jämförelsevis god standard.

Turistströmmarnas föränderlighet och ett allt mer internationaliserat arbetsliv medför att denna bild är långt ifrån generaliserbar. Då Sverige i allt större omfattning deltar i internationellt fredsbevarande arbete och andra insatser i konfliktområden ses också ökade risker för terrorhandlingar såväl inom som utanför dessa geografiska områden.

De händelser som ligger nära till hands att beakta är jordbävningar, bränder på hotell och nöjesställen, terrorhandlingar med bomber mot allmänna platser, omfattande transportolyckor, husras m.m. Dessa händelser medför ett skadepanorama med omfattande trauma inklusive brännskador, krosskador och eventuell risk för nedkylning. Behovet av medicinsk insats uppstår i samband med händelsen, det medicinska insatsbehovet kulminerar snabbt men följs av en period, med för en del av de drabbade, behov av mer eller mindre avancerat medicinskt omhändertagande. Erfarenheter från t.ex. den medicinska evakueringen som genomfördes efter Bali-bomberna 2002, då flera av offren avled under den medicinska evakueringen, visar på patienternas skörhet och behov av ett strukturerat medicinskt omhändertagande inför en tidig medicinsk evakuering. De medicinska insatserna kommer därför att behövas såväl på plats som under hemtransport. Det bör uppmärksammas att det även vid hemtransporter med reguljärflyg och charterflyg kan finnas behov av lättare medicinsk sjukvårdsinsats och tillgång till krisstöd.

Andra typer av händelser omfattar de så kallade C-, B- och RN-områdena¹ där en uppseglande spridning av allvarlig smittsam sjukdom av många ses som det mest aktuella hotet. Medveten spridning av smittämne med omfattande spridningseffekter bedöms som mindre sannolik, men bör dock beaktas. Terrorhandlingar med användning av kemiska och radionukleära vapen är andra scenarier som på intet sätt kan uteslutas liksom olyckor med

¹ C-, B- och RN områdena avser händelser där kemiska, biologiska (smittämnen, toxiner) respektive radionukleära ämnen ingår i händelseförloppet.

främst utsläpp av kemiska ämnen som vid t.ex. Bhopal-katastrofen. Dessa typer av händelser kan komma att ställa krav på kompetenser som endast finns tillgängliga i begränsad omfattning i Sverige. Vid RN-händelser krävs t.ex. tidigt bedömning av exponering genom värdering av kliniska symtom, fysikalisk och biologisk dosimetri. Dessutom kan det föreligga komplext behov av såväl extern som intern dekontaminering, inklusive kirurgiska åtgärder för att ta bort splitterfragment. Det som är karakteristiskt för B- respektive RN-händelserna är att insatsbehovet inte uppstår lika snabbt som vid de ovan beskrivna traumahändelserna – vilket dock är helt beroende av händelseförlopp.

Händelseförloppet vid kemikalieutsläpp påminner mer om den urakuta situation som vid t.ex. en jordbävningsskatastrof eller en bombexplosion. Ett händelseförlopp som avser C-, B- och RN-områdena utgörs av den förtäckta spridningen av farliga ämnen som först successivt ger sig till känna i form av till synes slumpmässigt spridda sjukdomsfall. Även i dessa situationer uppstår insatsbehovet successivt men kan bli väl så omfattande, beroende på vad som spridits.

I samtliga beskrivna situationer kommer det att finnas ett stort psykiskt lidande och ett omfattande behov av krisstöd liksom ett omfattande informationsbehov. Detta kommer att omfatta alla drabbade inklusive de som inte drabbats somatiskt. Erfarenheterna från tsunamin visar på att ett stort behov kan finnas tidigt i förloppet. Behovet kommer att finnas såväl på plats som under hemtransport – såväl vid ”vanliga” hemtransporter som vid sjuktransporter. Vid händelser med C-, B- respektive RN-ämnen kommer de psykologiska effekterna sannolikt vara uttalade. Informationsbehovet kommer likaså att vara extremt stort.

Samverkan med olika volontärer som kommer att finnas på plats liksom tidigt anlända resurser från t.ex. SOS Internationell blir synnerligen viktigt av olika aspekter – inte minst för att utnyttja den kunskap som finns om det inträffade men också för att undvika dubbelarbete.

Samtliga dessa händelser ställer ytterst höga krav såväl på beslutsfattande som på genomförandet av insatserna vilket medför att dessa måste vara planerade på förhand för att säkerställa kvaliteten i insatserna.

5. Aktualiserade kompetensbehov

De typer av händelser som kortfattat beskrivits ovan ställer krav på olika insatser med utgångspunkt ifrån

- antal drabbade personer
- skadepanorama
- tillgång till lokala/regionala resurser

- medicinska insatser/bedömning på plats
- sjuktransporter och Medevac-möjligheter
- dokumentation och informationsstöd.

De kompetenser som är aktuella att använda omfattar

- traumakompetens inklusive brännskadevård, hypothermi
- prehospital och transportmedicinsk kompetens
- medicinsk evakuering (Medevac)
- krisstöd och psykotraumatologisk specialkompetens
- informationsstöd.

Inom C-, B- och RN-områdena finns behov av särskild kompetens för att hantera de särskilda frågeställningar som förknippas med dessa. Detta omfattar

- specifikt medicinskt omhändertagande avseende såväl medicinska åtgärder som användning av olika läkemedel
- risk- och "triage"-bedömningar
- riskbedömning avseende personalens säkerhet
- psykologiska aspekter.

För att kunna genomföra insatser enligt ovan finns vidare behov av tolkar, ledning och samordning av sjukvårdsinsatsen och stabspersonal samt en supportfunktion för teamen. Dessutom behövs sjukvårdsmateriel, logistikstöd och kommunikationsutrustning samt IT-stöd. Insatserna måste vidare koordineras genom en gemensam samverkansstab med övriga involverade svenska myndigheter.

För att på ett adekvat sätt kunna bedöma vilket hjälpbehov som föreligger krävs det att man gör behovsbedömningar. Dessa kan genomföras som "initiala" bedömningar med hjälp av t.ex. kontakter med UD-personal på plats, volontärer och massmedias rapportering och genom att skicka bedömningsenheter för att göra en bedömning på plats.

6. Principiella lösningar för att tillmötesgå identifierade behov

De ovan beskrivna kompetensbehoven kan man tillmötesgå på olika sätt. Räddningsverket har sedan flera år tillgång till medicinsk personal som deltagit i olika internationella insatser för att ge medicinsk vård till den egna

personalen². I enstaka fall har insatsen riktats direkt till tredje person. Personalen har i flertalet fall akutmedicinsk bakgrund med anställning vid akutmottagning, anestesi eller ambulanssjukvård och är således anställda inom offentlig hälso- och sjukvård. Huvuddelen är sjuksköterskor, men enstaka läkare och undersköterskor ingår också i personalgruppen.

Räddningsverket har vidare tre s.k. Chemical Support team utbildade för insatser i samband med att kemiska vapen kommit till användning. Teamens sjukvårdsdel är avsedd för den egna operativa personalens behov. Teamets uppgift är att genomföra provtagning och indikering. Saneringsförmåga för egen insatspersonal ingår i teamets funktion. Teamet kan under vissa omständigheter användas i samband med C-, B- respektive RN-händelser.

Räddningsverkets sjukvårdspersonal är, som påpekats ovan, i normalfallet anställd inom det akutmedicinska området hos landstingen vilket innebär att utnyttjande av denna personalpool kan påverka sjukvårdshuvudmannens förmåga att hantera konsekvenser av händelsen i Sverige.

Inom hälso- och sjukvården finns olika funktioner eller kompetensgrupperingar som kan utgöra en rekryteringsbas för att identifiera lämpliga insatsgrupper.

Samtliga sjukvårdshuvudmän har system för att kunna skicka ut s.k. sjukvårdsgrupper till en skadeplats för katastrofmedicinska insatser. Socialstyrelsen har under många år, i samverkan med sjukvårdshuvudmännen, genomfört utbildningsinsatser för att säkerställa att denna personalresurs är adekvat utbildad och övad. Sjukvårdsgrupperna brukar bestå av en läkare och två sjuksköterskor. Antalet sjukvårdsgrupper per sjukhus varierar. Vidare finns stor variation i hur ofta dessa kommer till användning. Erfarenhetsmässigt förekommer stora olyckor oftast i storstadsregionerna där också antalet utbildade personer som kan ingå i grupperna är störst i absoluta termer. Storstadsregionerna har vidare system med läkare och annan sjukvårdspersonal i beredskap för att leda stora insatser vid allvarliga händelser, såväl på plats som i stab. I många fall tjänstgör dessa inom den prehospitla sjukvården.

Inom hälso- och sjukvården finns vidare ett system för att samordna det krisstöd och, vid behov, stöd med psykotraumatologisk kompetens till drabbade som tas om hand inom sjukvården (PKL). Denna organisation samverkar med kommunernas olika krisstödsgrupper (t.ex. POSOM) liksom med, i många fall, Svenska kyrkan, Röda korset och Rädda barnen. Även andra trossamfund ingår många gånger i detta nätverk.

² SRV:s Search and Rescue Team, Support team, Medical Emergency Response team, Minröjning och snabbinsatsteam.

Socialstyrelsen har vidare genomfört ett omfattande utbildningsprogram för läkare och sjuksköterskor i traumatologi, dels i form av kurser i krigskirurgi och dels i form av utbildningar för traumateam.

Fram till år 2003 utbildades 22 olika traumateam. Varje team består av två kirurger, en ortoped och en anestesilog samt en operationssjuksköterska och en anestesijuksköterska. Teamen har rekryterats på landstingsbasis och har genomgått en teoretisk utbildning vid Katastrofmedicinskt centrum i Linköping samt fyra veckors praktik vid traumasjukhus i USA. Teamens utbildning har, i huvudsak, inriktning på traumaomhändertagandet av enskild patient på sjukhus men omfattar också katastrofmedicinska principer. En av grundtankarna med traumateamen har varit att dessa skall agera i den grupp de tränats. Över åren har en del av dessa team kommit att splittras genom byten av arbetsplatser etc. Vid uppföljning av tillgängligheten av teamen år 2001 konstaterades att 86 procent av teamens deltagare arbetade på samma arbetsplats som vid utbildningstillfället. I samband med tsunamikatastrofen rekryterades 10 team på kort tid (inom timmar) och dessa stod ”stand by” för transport till Thailand. Ett förstärkt team kom till användning under denna händelse. I en framtida beredskap kan gruppen utgöra grund för rekrytering av kompletta team eller för att sätta samman nya sådana. Då teamen använts i mycket begränsad omfattning krävs framtida utbildningsinsatser för att vidmakthålla deras förmåga. Det bör också noteras att traumateamen är beroende av utrustning på plats för att kunna genomföra vårdinsatser på sjukhus.

Socialstyrelsen har vidare i samverkan med Försvarsmakten, Räddningsverket och Smittskyddsinstitutet etablerat en Central Fältepidemiologisk Grupp (CFG) med uppgift att kunna stärka den svenska smittskyddsorganisationen med såväl utredningskapacitet som expertkompetens. Gruppen kan på förfrågan även utnyttjas för insatser internationellt. Gruppen består av läkare, veterinärer samt hälsoskyddsexperter, många med mångårig erfarenhet av internationellt arbete. Gruppen utgöra en rekryteringsbas vid händelser som är relaterade till human- eller veterinärmedicinska infektionssjukdomar men också för att rekrytera experter, för att ingå i team med annan profil, för bedömning av t.ex. åtgärder för att förebygga smittspridning via t.ex. dricksvatten eller andra födoämnen.

Socialstyrelsen har sedan flera år etablerat s.k. Medicinska expertgrupper inom C-, B- och RN-områdena. I dessa grupper ingår 5–10 läkare med intresse och kunskaper inom dessa områden. De utgör en potentiell rekryteringsgrund för specialister vid de insatser som är aktuella i detta projekt.

Evakuering av drabbade kräver för de svårast skadade särskilda resurser som ambulansflyg. En del lättare skadade kan transporteras med vanligt passagerarflyg, vilket dock förutsätter att medicinsk bedömning görs innan avresa och att flyget eventuellt bemannas med medicinsk personal. Normalt sker repatriering av skadade genom försäkringsbolagens försorg. Antalet flygoperatörer som kan tillhandahålla ambulansflygtransporter är begränsat. Kapacitet, anspänningstid och kvalitet varierar avsevärt. Enskilda stater har genom sina försvarsmakter tillgång till mer omfattande kapacitet för ambulansflygtransporter. I samband med tsunamikatastrofen erbjöds Sverige, och utnyttjade också, statligt kontrollerade ambulansflygresurser av andra europeiska länder. Det ”Svenska Nationella Ambulansflyget” (SNAM) har utvecklats av svenska staten för att genomföra medicinsk evakuering (Medevac) med specialutrustade flygplan. Resursen utgörs av en organisation med flygmedicinskt utbildad sjukvårdspersonal som avses bemanna flygplan som utrustas för att genomföra sjukvårdstransporter över lång distans. Ca 100 läkare och sjuksköterskor har utbildats för detta ändamål. I personalens utbildning ingår att kunna riskbedöma enskilda patienter inför transport, då dessa utförs i tryckkarbin motsvarande 3000 m höjd vilket kan medföra medicinska risker vid vissa tillstånd. Utbildningen sker i samverkan med Försvarsmakten. I organisationen ingår även logistik, stöd och nödvändig flygledningskompetens. Luftfartsstyrelsen ansvarar för resursen.

En del organisationer som Röda korset, Rädda barnen och Läkare utan gränser (MSF) har sjukvårdspersonal som deltar i olika biståndsinsatser. Många av dessa har tjänstgjort under katastrofmedicinska förhållanden. Beredskapen att med kort varsel sända personal är förhållandevis god. Svenska kyrkan har en stor organisation med verksamhet på många håll i världen. Deras företrädare kommer ofta på plats tidigt i katastrofområden och utgör en viktig resurs i omhändertagandet av bl.a. drabbade svenskar. I det svenska samhället finns krisstöddressurser inom olika organisationer och även i kommuner och landsting. Socialstyrelsen har som sektorsansvarig myndighet för socialtjänsten i landet ett övergripande ansvar för krisstödet i landet.

Försvarsmakten utvecklar enheter med kirurgisk förmåga avsedda för tältgruppering. Kirurgtroppen med förmåga till livräddande kirurgi och intensivvård är tillgänglig från år 2008 och sjukvårdskompaniet med bredare kirurgisk förmåga och förmåga till diagnostik och behandling av medicinska sjukdomar från år 2009. Dessa olika enheter bemannas med personal från den offentliga sjukvården.

Under arbetets gång har företrädare för sjukvårdshuvudmännen framhållit att det kan uppstå konflikt mellan olika intressen då de ovan beskrivna resurserna i flertalet fall bemannas ur den offentliga sjukvården. Man har

påtalat att dels kan sjukvårdshuvudmannens beredskap påverkas negativt genom utarmning av personal i nyckelfunktioner, dels kan det uppstå prioriteringskonflikter om efterfrågad personal har åtaganden gentemot flera aktörer.

Socialstyrelsen avser att söka en tillräckligt stor grupp från flera landsting eller motsvarande för att undvika den första konfliktsituationen. Den andra påtalade konflikten, med prioriteringskonflikter visavi olika uppdragsgivare, måste lösas mellan den enskilde och dessa.

Räddningsverkets förslag

Räddningsverket har i samverkan med Socialstyrelsen, Rikspolisstyrelsen och Utrikedepartementet utarbetat ett förslag för hur dessa insatser skall kunna organiseras. Av denna framgår att myndigheterna gemensamt avser att bemanna en *bedömningsenhet*. Vidare avses en stödstyrka (*Räddningsverkets stödstyrka*) kunna skickas för att dels kunna koordinera den gemensamma insatsen (samverkansstab) och dels för att genom informationsenheter tidigt kunna ge krisstöd och bistå med basala sjukvårdsåtgärder.

Bedömningsenheten, som skall kunna avresa inom sex timmar efter beslut, har som uppgift att genomföra bedömning av det hjälpbehov som föreligger vid den aktuella händelsen. Gruppen är liten (sju personer) och kommer inte ha utrustning för att kunna genomföra t.ex. sjukvårdsinsatser. Den skall rapportera till Regeringskansliet och till respektive berörd myndighet.

Räddningsverkets stödstyrka skall kunna avresa inom tolv timmar efter beslut, består i dels en *samverkansstab* och dels tre *informationsenheter*. Dessa tre enheter består i sin tur av såväl sjukvårdspersonal (en läkare och två sjuksköterskor) som personal för krisstöd. En av enheterna skall vara stationär och de två andra mobila. Enheternas uppgift är att inhämta information om det inträffade och att inventera sjukvårdsinrättningar men också att förmedla information och krisstöd samt bistå drabbade med enklare sjukvård. Samverkansstaben skall genom olika sektoransvariga leda och samordna insatsen. För ledning och samordning av sjukvårdsinsatsen har man föreslagit att sjukvårdspersonalen i bedömningsenheten övergår till samverkansstaben när behovsbedömningen är avslutad.

De ovan nämnda insatsenheterna för sjukvård skall täcka olika behov av faktiska insatser visavi de drabbade. För sjukvårdens del kan det handla om att bedöma och förbereda patienter för hemtransport (Medevac), direkta vårdinsatser på vårdinrättning och psykosocialt krisstöd.

7. Förslag

Beskriv förslaget till övergripande organisation först därefter de olika komponenterna.

Bedömningsgrupp

Mot ovanstående bakgrund föreslår Socialstyrelsen att en grupp läkare rekryteras till en medicinsk expertgrupp, kallad Medicinsk expertgrupp för behovsbedömning. Denna skall ha som uppgift att på Socialstyrelsens uppdrag utföra bedömning av hjälpbehovet avseende hälso- och sjukvård och krisstöd i samband med allvarliga händelser i utlandet då många personer med hemvist i Sverige drabbats. De läkare som avses rekryteras skall ha kompetens inom traumatologi, infektionssjukdomar, flygmedicin eller inom RN- respektive C-områdena. Personlig lämplighet, ledaregenskaper och erfarenheter av internationellt katastrofmedicinskt arbete skall vara vägledande vid rekryteringen. Totalt bedöms 10–15 läkare behöva rekryteras.

Behovsbedömningar föreslås ske på två olika sätt:

1. "Initial bedömning"

Deltagare i gruppen samlar och bedömer tillgängliga uppgifter på Internet, i massmedia, genom lokala kontakter och övrig bakgrundsinformation av betydelse för bedömning av hjälpbehovet i den aktuella händelsen.

Bedömningen avses utgöra grund för Socialstyrelsens agerande som underlag för rapportering till Regeringskansliet samt för en eventuell myndighetsgemensam bedömningsenhet. Denna typ av bedömning föreslås kunna initieras av Socialstyrelsen.

2. Myndighetsgemensam bedömningsenhet.

Denna enhet skall genomföra behovsbedömningar på platsen för det inträffade. Enheten utgörs av personal rekryterad av Rikspolisstyrelsen (1–2 personer.), Socialstyrelsen (1–2 personer) och Räddningsverket (1–4 personer), sammantaget högst 7 personer. Sammansättningen av gruppen skall anpassas till den aktuella händelsen, vilket innebär att läkarpersonalen skall rekryteras med hänsyn till den kompetens som krävs. Gruppen skall kunna avresa med kort varsel (inom sex timmar efter beslut). Bedömningsenhetens uttryckning initieras av Räddningsverket. För att Socialstyrelsen skall kunna delta i denna krävs det att Socialstyrelsens instruktion ändras eller att regelverket i övrigt anpassas så att detta möjliggörs.

Att bedöma hjälpbehovet i de här aktuella händelserna är både svårt och komplext. Resultatet kommer också att vara styrande för hur den fortsatta insatsen formas. Det är därför angeläget att förmågan att genomföra denna typ av bedömning utvecklas och vidmakthålls. Detta motiverar varför man bör inrätta en särskild medicinsk expertgrupp. Gruppens storlek motiveras av att det behövs en viss numerär för att med god säkerhet kunna täcka det antal positioner som krävs i en bedömningsenhet utan att deltagarna åläggs formell beredskap. Deltagande i gruppen bör formaliseras genom att Socialstyrelsen tecknar ett expertavtal med respektive medlem i gruppen vilket innebär ett åtagande att bistå myndigheten med expertbedömningar i dessa situationer. Deltagande i enskilt uppdrag skall vara frivilligt.

Gruppen bör genomgå återkommande utbildningar och träningar. Vidare bör gruppen genomgå hälsoundersökningar samt vaccineras i lämplig omfattning. Gruppen bör ha tillgång till personlig utrustning som förvaras gripbar för att klara den avsedda anspänningstiden. Övrigt behov av utrustning bör identifieras och lagras i samverkan med SRV.

Gruppen föreslås kunna larmas via Socialstyrelsens TiB³. Beslut om behovsbedömning, och på vilket sätt och i vilken omfattning en sådan bör göras, fattas av Socialstyrelsens GD eller den han eller hon delegerat beslutet till.

Räddningsverkets stödstyrka

I denna ingår personal för den samverkansstab som skall leda och samordna insatserna av olika slag. I denna samverkansstab skall ingå ledningspersonal för sjukvårdsinsatsen (sjukvårdsansvarig och medicinskt ansvarig) och personal för samordning av krisstödsinsatser som blir aktuella. Ledningspersonal för sjukvårdsinsatser utgörs av de läkare som ingår i bedömningsenheten. Socialstyrelsen föreslår vidare att samordnare för krisstöd rekryteras av Socialstyrelsen och från Svenska kyrkan i utlandet (SKUT), Röda korset eller Rädda barnen och att dessa samordnare också ansvarar för behovsbedömningen i dessa delar.

I Räddningsverkets stödstyrka ingår dessutom informationsenheter vars uppgift är att inhämta information om det inträffade och att inventera sjukvårdsinrättningar men också att förmedla information och krisstöd samt bistå drabbade med enklare sjukvård. Socialstyrelsen föreslås ansvara för att rekrytera sjukvårdspersonalen och en del av den personal som arbetar med krisstöd. Övrig personal för krisstöd rekryteras från frivilligorganisationer som Svenska kyrkan, Röda korset och Rädda barnen genom Räddningsverkets försorg.

³ Tjänsteman i Beredskap

Insatsenheter

Som en förstärkning för att fullgöra de operativa sjukvårdsinsatserna behövs dessutom ett system med insatsenheter för sjukvård med olika kompetensprofiler för att täcka olika situationer. Dessa insatsenheter skall stå för den faktiska sjukvårdsinsatsen som inventering av sjukhus, bedömning av skador, bedömning av kompletterande vårdbehov, möjligheter att genomföra Medevac m.m. Mot denna bakgrund har nedanstående förslag baserats på följande principer:

Personal till olika insatsenheter bör rekryteras med utgångspunkt från deras normala arbetsuppgifter

- och deras roll i sjukvårdshuvudmannens katastrofmedicinska organisation
- i relation till det bedömda aktuella behovet med utgångspunkt från bedömningsenhetens förslag.

Det finns, som beskrivits ovan, ett antal olika grupperingar från vilka det finns möjlighet att rekrytera personal med lämplig kompetens och erfarenhet.

Anspänningstider för dessa grupper föreslås efter samråd med Räddningsverket sättas till 12 timmar efter beslut om insats. Behov av insats bedöms på grundval av bedömningsenhetens rapportering.

Beslut om insats föreslås fattas av Socialstyrelsens GD, eller den han eller hon delegerat beslutet till, efter uppdrag av Regeringskansliet.

Socialstyrelsen föreslås ansvara för beredskapen att rekrytera sjukvårdspersonal enligt nedan. Vid rekryteringen är den personliga lämpligheten central för att delta i denna typ av uppdrag. Hög grad av anpassnings- och samarbetsförmåga är viktigt liksom goda språkkunskaper. Vidare är det väsentligt att den rekryterade personalen ingår i sjukvårdshuvudmannens katastrofmedicinska organisation och har praktisk erfarenhet av sådant arbete. Rekryteringen bör ske i nära samverkan med aktuella sjukvårdshuvudmän. Den fackkompetens som behövs för insatserna förutsätts deltagarna ha sedan tidigare. Kompletterande utbildning behövs i första hand när det gäller organisationsstruktur och teknisk utrustning.

Prehospitala sjukvårdsenheter

Socialstyrelsen avtalar med sjukvårdshuvudmän att upprätthålla beredskap att ställa sjukvårdspersonal till Socialstyrelsens förfogande för internationella insatser. Personalgrupp: 6 läkare och 12 sjuksköterskor per

landsting eller motsvarande. Avtal föreslås tecknas med tre landsting eller motsvarande.

Totalt antal: 54 personer

Traumateam

Katastrofmedicinskt centrum i Östergötland ges i uppdrag att upprätthålla beredskap genom 6 traumateam, rekryterade ur den grupp läkare och sjuksköterskor som genomgått denna typ av utbildningar. Personalgrupp: 4 läkare och 2 sjuksköterskor per team.

Totalt antal: 36 personer

C-, B- och RN-insatser

Vid insatser inom dessa områden föreslås att de prehospitala sjukvårdsenheterna kompletteras med experter ur de olika medicinska expertgrupperna. Vad gäller B-området utgör CFG den naturliga rekryteringsgrunden. Personalgrupp: 5 läkare per område.

Totalt antal: 15 personer

Krisstödsenheter

Personal från hälso- och sjukvårdens PKL-organisation rekryteras för i första hand behovsbedömningar medan de olika krisstödsenheterna i huvudsak bemannas genom frivilligorganisationer som Svenska kyrkan, Röda korset och Rädda barnens personalgrupp: läkare och psykologer.

Totalt antal: 15 personer

Sjuktransporter/Medevac

Den viktigaste resursen i detta avseende utgörs av SNAM. Organisatoriskt leds SNAM av Luftfartsstyrelsen. Fortsatt samverkan mellan Luftfartsstyrelsen och Socialstyrelsen bör säkerställas. Resursen utnyttjas i samverkan mellan Luftfartsstyrelsen och Socialstyrelsen, beslut om användandet av SNAM som resurs fattas av regeringen. Ytterligare resurser för Medevac kan bli aktuellt att använda. Detta sker i samverkan med Luftfartsstyrelsen.

För att kunna genomföra medicinsk evakuering under säkra och kvalitetsmässigt acceptabla former är det nödvändigt att personal med flygmedicinsk kompetens dels ingår i samverkansstaben och dels ges möjlighet att bedöma patienterna inför flygtransport. 1–2 personer bör därför ingå i samverkansstaben och särskild resurs bör avdelas för patientbedömningar.

Övriga resurser

De övriga ovan identifierade resurserna utgör en ytterligare grund för resursrekrytering. Fortsatt utveckling av myndighetssamverkan i dessa frågor är viktigt för att möjliggöra användandet av dessa resurser. Det finns vidare

andra organisationer med resurser som kan vara aktuella. Dessa omfattar Försvarmaktens resurser, Räddningsverkets olika insatsgrupper och andra organisationer som t.ex. Non Governmental Organisations, Läkare utan gränser, Lutherhjälpen m.fl.

Övrigt

För att etablera och vidmakthålla beredskap för denna typ av insatser behövs en fortlöpande samverkan med olika aktörer när det gäller utbildning, utrustning, rutiner för utlarmning, rapportering m.m.

För att genomföra ovan beskrivna förslag krävs det att *avtal* tecknas med såväl de läkare som skall ingå i den föreslagna Medicinska expertgruppen för behovsbedömning som med sjukvårdshuvudmän. I dessa avtal bör regleras hur tillgången till aktuell personal säkerställs visavi sjukvårdshuvudmannens behov. Vidare bör rutiner för beslut om insats och utlarmning samt samverkan med Räddningsverket utvecklas.

Den personal som rekryteras till dessa funktioner bör vara utbildad inom sina respektive specialområden, vilket innebär att t.ex. katastrofmedicinsk utbildning inte skall behöva ges med hänsyn till denna beredskap. Däremot krävs *kompletterande utbildning* inom områden som organisationskunskap avseende den struktur som skapas för dessa insatser. Utbildning i att genomföra behovsbedömningar, etiska frågeställningar liksom utbildning i att arbeta i tillfälligt sammansatta arbetsgrupper är andra exempel på utbildningar som kan behöva genomföras. Ytterligare utbildningar och övningar behövs för att hantera den tekniska utrustning som kommer att ingå i teamens utrustningar.

Utbildningen uppskattas till två veckor under första året av beredskap och därefter en vecka per år. Antalet berörda personer uppskattas till ca 120–150, kostnaden uppskattas till ca 5–6 miljoner första året och därefter 3–3,5 miljoner per år. I denna kostnad ingår uppskattad lönekostnad inklusive sociala avgifter och utbildningskostnader.

Utrustning av olika slag kommer att behövas. *Personlig utrustning* som kläder m.m. kommer Räddningsverket att upphandla. Räddningsverket står för lagerhållningen av dessa för såväl bedömningsenhet som Räddningsverkets stödstyrka. Personlig utrustning för övriga sjukvårdsenheter bör hanteras på ett liknande sätt – detta kräver ytterligare gemensam beredning mellan Räddningsverket och Socialstyrelsen. När det gäller *sjukvårdsutrustning* bör en sådan omfatta utrustning för s.k. sjukvårdsgrupper med förstärkningsmaterial samt extra läkemedel. I vissa situationer bör speciell utrustning finnas att tillgå, hur detta bör lösas bör man utreda i särskild ordning. Möjligheterna att samordna alternativt använda utrustning som beredskapslagras av Socialstyrelsen bör övervägas.

Kostnader för utrustning i lämplig omfattning bedöms som begränsad, understigande 1,0 miljoner kronor i investeringskostnader.

Personal som deltar i denna typ av insatser bör vara helt frisk och utan sjukdomar som innebär risk för komplikationer eller som kan medföra att personens prestationsförmåga kan begränsas. Räddningsverket har sedan flera år etablerade rutiner för *hälsoundersökningar och vaccinationer*. Det är en rimlig lösning att den sjukvårdspersonal som rekryteras för att ingå i denna beredskap genomgår samma kontroll. Kostnaden för detta uppskattas till ca 0,3 miljoner kronor per år med en initial kostnad på 0,8 miljoner kronor.

8. Genomförande

Som framgår av ovanstående kvarstår vissa frågor att bereda. Dessa kompletterande utredningar bedöms kunna slutföras inom sex månader, förutsatt att uppdrag ges. Den utbildning eller övning som därpå följer bör kunna genomföras successivt under en tolv månadersperiod. För genomförande krävs sannolikt att en särskild resurs avsätts inom Socialstyrelsen omfattande 50 procents tjänst.

Bilaga 1**Deltagare****Arbetsgrupp bedömningsenhet**

- Johan v Schreeb, Institutionen för Folkhälsovetenskaper, Karolinska Institutet
- Åsa Molde, Södersjukhuset
- Louis Riddez, Karolinska Universitetssjukhuset, Karolinska
- Tore Vikström, Katastrofmedicinskt centrum, Universitetssjukhuset, Linköping
- Leif Stenke, Centrum för Strålningsmedicin, Karolinska Institutet
- Siegfried Joussineau, Centrum för Strålningsmedicin, Karolinska Institutet
- Martin Wahl, Smittskyddsenheten, Västra Götalandsregionen
- Perh-Olov Pehrson, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge
- Inger Andersson v. Rosen, Smittskyddsenheten, Jämtlands läns landsting
- Dan Gryth, Kirurgiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Karolinska
- Lars-Gunnar Larsson, Västerbottens läns Landsting
- Bengt Olson, Västerbottens läns Landsting
- Åsa Ljungquist, Enheten för Krisberedskap, Socialstyrelsen
- Per-Åke Nilsson, Enheten för Krisberedskap, Socialstyrelsen

Adj.

- Martin Sjöholm, Statens Räddningsverk
- Ulf Carlsson, Statens Räddningsverk

Arbetsgruppg insatsgrupper

- Tore Vikström, Katastrofmedicinskt centrum, Universitetssjukhuset, Linköping
- Helge Brändström, Västerbottens läns landsting
- Tom Lundin, Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri, Uppsala
- Johan Struwe, Smittskyddsinstitutet, Stockholm
- Per Örtenwall, Västra Götalandsregionen
- Annika Hedelin, Västra Götalandsregionen
- Håkan Lindberg, Stockholms läns landsting
- Hans Ivarsson, Region Skåne
- Anders Tegnell, Smittskyddsenheten, Socialstyrelsen
- Göran Brodén, Högkvarteret, Sjukvårdsavd., Forsvarsmakten
- Åsa Ljungquist, Enheten för Krisberedskap, Socialstyrelsen
- Per-Åke Nilsson, Enheten för Krisberedskap, Socialstyrelsen

Adj.

- Martin Sjöholm, Statens Räddningsverk
- Ulf Carlsson, Statens Räddningsverk

Bilaga 2**Bedömningsenhet*****Instruktion och larmvägar***

Socialstyrelsens tjänsteman i beredskap och jourhavande informatör har bland annat till uppgift att bevaka nyhetsmedia och larma tjänstgörande chef vid Enheten för krisberedskap vid inträffade händelser där många svenskar bedöms vara drabbade och ett bedömningsarbete därför kan vara motiverat.

Initial bedömning

Vid inträffade händelser där många svenskar befaras vara drabbade i samband med stor olyckor och katastrofer i utlandet skall en "initial behovsbedömning" göras genom sammanställning av tillgängliga data om det inträffade, bakgrundsdata om det aktuella landet m.m.

Beslut

Beslut om initial behovsbedömning fattas av chefen för Socialstyrelsens Enhet för krisberedskap (C-TEKB).

Personal

Delar av bedömningsgruppen sammankallas, antal och kompetens beroende av händelsens omfattning och art. Beslutas av C-TEKB.

Lokal

Kontorsutrymmen med tillgång till datorer och annan nödvändig kontorsutrustning ställs till förfogande vid Enheten för krisberedskap.

Avrapportering

Sker till C-TEKB.

Myndighetsgemensam bedömningsenhet

Räddningsverket har uppgiften att samordna en myndighetsgemensam bedömningsenhet för behovsbedömning på plats. Beslut om en insats med en sådan enhet fattas av Räddningsverkets GD som nås genom Räddningsverkets vakthavande tjänsteman (tfn 054-150 150).

Socialstyrelsen ansvarar för rekrytering av den sjukvårdspersonal som skall ingå i bedömningsenheten. Begäran om Socialstyrelsens deltagande lämnas till Socialstyrelsens TiB.

Beslut

Beslut om deltagande av Socialstyrelsens medicinska experter för behovsbedömning fattas av Socialstyrelsen GD internt.

Rekrytering av personal

C-TEKB ansvarar för rekrytering av personal ur den medicinska expertgruppen. I händelser med befarad eller konstaterad smitthändelse skall samråd ske med chefen för Smittskyddsenheten. Efter att lämplig personal rekryterats meddelas snarast Räddningsverket detta för bl.a. utfärdande av resehandlingar m.m.

Logistik, utrustning och avresa

Räddningsverket ansvarar för bedömningsenhetens logistik och utrustning.

Rapportering

Bedömningsenheten rapporterar till Regeringskansliet i särskild ordning med kopia till Socialstyrelsen (C-TEKB).