

Svensk förmåga att delta i internationella hälso- och sjukvårdsinsatser

En gemensam rapport från Folkhälsomyndigheten,
Myndigheten för samhällsskydd och beredskap och
Socialstyrelsen



Folkhälsomyndigheten



Myndigheten för
samhällsskydd
och beredskap

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på respektive myndighets webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2017-3-66

Publicerad www.socialstyrelsen.se, mars 2017

Förord

Arbetet med denna rapport har samordnats av Socialstyrelsen. Aktörsspecifikt utredningsarbete har genomförts av Folkhälsomyndigheten, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) och Socialstyrelsen. Arbetet har letts av en arbetsgrupp med representanter från respektive myndighet. Rapporten innehåller tre aktörsspecifika kapitel med beskrivningar av respektive myndighets kartläggning, behovsanalys och förmågeutveckling samt slutsatser om hur en fortsatt utveckling kan ske. Utifrån de aktörsspecifika redogörelserna levereras myndighetsgemensamma slutsatser. Myndigheterna anser att det är lämpligt att Sverige deltar i internationella hälso- och sjukvårdsinsatser med sina existerande resurser eller de resurser som är under utveckling och föreslår utvecklas. Myndigheterna anser även att det är lämpligt att det expertstöd som efterfrågas via WHO:s olika mekanismer erbjuds genom befintliga eller nya gemensamma beredskapsavtal med organisationen för att stödet ska vara relevant, snabbt och högkvalitativt. Genom en utvecklad samverkan kopplad till myndigheternas nationella arbete och ansvar kan Sveriges hantering av internationella förfrågningar underlättas. Myndigheterna har, inom ramen för detta regeringsuppdrag, påbörjat arbetet med en kartläggning av de involverade mekanismerna och de efterfrågade resurserna och avser påbörja framtagandet av operativa riktlinjer och rutiner när kartläggningen är slutförd.

Projektledare från respektive myndighet har varit Kim Brolin Ribacke (Folkhälsomyndigheten), Mette Lindahl Olsson (MSB) samt Taha Hirbod Alexandersson (Socialstyrelsen). Ansvarig chef från respektive myndighet har varit Anders Tegnell (Folkhälsomyndigheten), Annelie Bergholm-Söder (MSB) och Johanna Sandwall (Socialstyrelsen).

Generaldirektör Folkhälsomyndigheten
Johan Carlson

Vikarierande Generaldirektör Myndigheten för samhällsskydd och beredskap
Nils Svartz

Generaldirektör Socialstyrelsen
Olivia Wigzell

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Kapitel 1. Aktörsgemensam inledning	9
Bakgrund till uppdraget	10
Centrala aktörer och den svenska hälso- och sjukvårdens organisation	14
Rättslig grund	18
Avtal	22
Ramverk och strategier	23
Existerande finansiella instrument	27
Kapitel 2. Aktörsspecifika redogörelser	28
Folkhälsomyndighetens rapport	28
MSB:s rapport	41
Socialstyrelsens rapport	59
Kapitel 3. Aktörsgemensamma slutsatser och åtgärdsförslag	70
Slutsatser	70
Åtgärdsförslag	74
Bilaga 1	77
Bilaga 2	78
Bilaga 3	83

Sammanfattning

Folkhälsomyndigheten, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) och Socialstyrelsen har i uppdrag av regeringen att tillsammans undersöka Sveriges förutsättningar att delta i internationella hälso- och sjukvårdsinsatser. Ett väsentligt syfte för uppdraget har varit att ta fram ett underlag för hur uppbyggnad och förvaltning av svensk förmåga skulle kunna hanteras via befintliga finansieringssystem.

Insatser med så kallade Emergency Medical Teams (EMT) eller Public Health Rapid Response Teams (PHRRT) är inte långsiktigt utvecklingsbistånd utan dessa ska användas för att ersätta eller komplettera landets hälso- och sjukvårdssystem i efterdyningarna av plötsligt uppkomna allvarliga händelser, komplexa kriser eller hälsohotskriser. Vid behov kan insatser dock övergå till att verka mer långsiktigt. Insatser kräver samordning och inriktning för att kvalitet och effektivitet ska kunna säkras så långt det är möjligt och bör därför koordineras samstämmt med både befintligt hälso- och sjukvårdssystem och genom samverkan med ansvariga myndigheter inom andra sektorer, både i Sverige och i mottagarlandet. Myndighetsgemensam samverkan bör äga rum både i ett beredskaps- och insatsperspektiv.

Även om Sverige saknar naturliga incitament för utvecklingen och förvaltningen av hälso- och sjukvårdsberedskap för mycket omfattande naturkatastrofer lyfter den av regeringen fastslagna nationella säkerhetsstrategin känsligheten för allvarliga händelser som kan resultera i skadepanoraman som liknar ovan nämnda situationer. Däremot är beredskapen för utbrott av smittsamma sjukdomar och pandemier väl utvecklad, bland annat genom vaccinavtal och lager med beredskapsläkemedel. Utvecklingen av nationella hälso- och sjukvårdsförmågor för att möta nya hälsohot som dessutom kan svara mot internationella uppkomna behov bedöms stärka, öka och effektivisera Sveriges förmåga vid inträffade allvarliga händelser.

I rapporten redovisas identifierade existerande resurser, resurser under utveckling samt resurser som enkelt skulle kunna utvecklas vilka myndigheterna bedömer som viktiga för att säkra en permanent förmåga vid nationella och internationella hälso- och sjukvårdsinsatser. Förslagen bedöms ligga i linje med den nationella säkerhetsstrategin och väntas stärka kapacitetsutvecklingen av det svenska civila försvaret:

- Utifrån Folkhälsomyndighetens utredning bedöms ett modulbaserat team med expertis inom epidemiologi och laborativt arbete utgöra ett väldefinierat och kostnadseffektivt sätt att stödja hanteringen av framtida internationella hälsohot. Förslaget PHRRT består av två moduler med fältepidemiologisk och laborativ verksamhet som kan verka separat eller gemensamt beroende på situation och uppdrag. Insatser kan även bestå av enskilda experter som stöd till t.ex. GOARN uppdrag. Modulerna ska kunna kopplas till ett svenskt eller internationellt EMT, alternativt till existerande nationell struktur såsom sjukhus eller laboratorium.

- Utifrån MSB:s utredning bedöms myndigheten kunna bidra med generiska erfarenheter av att bygga upp och förvalta insatsresurser och utgår från befintliga resurser i stödet till insats kopplat till Folkhälsomyndighetens eller Socialstyrelsens expertkompetens. Vid utveckling av resurser som är mindre omfattande, till exempel enskilda experter eller mindre team ser MSB möjligheter att använda de resurser och den organisation som finns uppbyggd för myndighetens operativa uppdrag att genomföra insatser, både kopplat till EU:s civilskyddsmekanism och inom ramen för det humanitära biståndet. Här avses t.ex. MSB:s kapacitet inom utbildning, övning, personaladministration, lagerhållning, logistik och andra stödresurser inom den internationella insatsverksamheten.
- Utifrån Socialstyrelsens utredning bedöms ett modulbaserat katastrofmedicinskt insatsteam som innefattar en expertmodul och på sikt en sjukvårdsmodul som kan utvecklas tillsammans med utpekade landsting kunna tillgodose de katastrofmedicinska hälso- och sjukvårdsbehov som kan uppstå vid en nationell eller internationell allvarlig händelse. Expertmodulen beräknas bestå av kompetens som även i nationell och regional respons arbetar nära hälso- och sjukvårdsmyndigheter och operativa aktörer för att säkerställa kvalitén vid en internationell insats. Expertmodulens enskilda experter bör kunna sekonderas till uppdrag via WHO:s EMT-initiativ. Sjukvårdsmodulen bör, när den är färdigutvecklad, kunna verka i befintliga fasta hälso- och sjukvårdsstrukturer eller rörliga förstärkningsresurser som utvecklats tillsammans med MSB eller nyttjar befintliga resurser hos Försvarsmakten.

Kostnader för insatser varierar stort beroende på typ av insats och kontexten i vilket insatsen sker. De förmågor som lyfts i rapporten är sådana som kan ställas till förfogande inom längre tidsramar än ett dygn vilket innebär att förberedelsekostnader som är direkt förknippade med insatsen kan belasta respektive insatsbudget.

Myndigheterna anser att för att kunna tillhandahålla en kvalitetssäkrad och effektiv hälso- och sjukvårdsinsats behövs ett finansieringssystem som kan nyttjas efter beslut av regeringen tas fram. Det kan till exempel vara lämpligt att utreda om Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen kan inkluderas i MSB:s existerande överenskommelser med Sida som kan behöva utökas för att också omfatta hälso- och sjukvårdsinsatser.

Myndigheterna anser vidare att det är lämpligt att det expertstöd till hälso- och sjukvårdsinsatser som efterfrågas via internationella aktörer samordnas mer effektivt nationellt och att Sveriges stöd erbjuds genom befintliga beredskapsavtal såsom Standby-partnership avtalet med WHO, som tecknats av MSB.

Slutsatserna av detta regeringsuppdrag visar på Sveriges nuvarande och kommande förmåga att bistå i internationella hälso- och sjukvårdsinsatser; dels genom anpassning av existerande resurser för internationellt arbete och dels genom vidareutveckling av nationella resurser som på sikt kan delta i internationella insatser.

Kapitel 1. Aktörsgemensam inledning

Uppdragsbeskrivning

Den 28 april 2016 fick Folkhälsomyndigheten, MSB och Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att tillsammans undersöka Sveriges förutsättningar att delta i internationella hälso- och sjukvårdsinsatser kopplade till hanteringen av hälsohot såsom smittsamma sjukdomar (S2016/03089/FS). Utgångspunkt för uppdraget är att en eventuell svensk förmåga ska bidra till Världshälsoorganisationens (WHO) Global Health Emergency Workforce och EU:s European Medical Corps (EMC).

I enlighet med uppdraget kan den redovisade förmågan omfatta olika typer av resurser, såsom moduler, team och enskilda experter med expertis inom en rad olika områden där behov identifierats, så länge den är permanent. I uppdraget ingår att göra tids- och kostnadsuppskattningar för uppbyggnad och bevaring av redovisad permanent förmåga samt hur den skulle kunna hel- eller delfinansieras via befintliga system. Myndigheterna ska visa hur redovisad förmåga kan stärka svensk krishantering och de utarbetade förslagen ska så långt det är möjligt även förstärka nationell förmåga att hantera hälsohot i Sverige.

Vidare instrueras myndigheterna att definiera deltagande myndigheters roller och ansvar utifrån dess instruktionsenliga uppgifter, att utgå ifrån de komparativa fördelar som Sverige har t.ex. utifrån myndigheternas egna särskilda kompetenser och förmågor samt hur den svenska hälso- och sjukvården är organiserad. I första hand ska myndigheterna se till de resurser, den organisation och det finansieringssystem som redan finns och vad som kan utvecklas snarare än att skapa nytt.

Myndigheterna ska i arbetet beakta de rekommendationer som Totalförsvarets forskningsinstitut (FOI) lämnade i utvärderingen av MSB:s stöd till att hantera ebolautbrottet i Liberia 2015. Då framtida utbrott av smittsamma sjukdomar kan innefatta zoonotiska smittor mellan människor och djur bör ansvariga myndigheter inom zoonosområdet involveras på lämpligt sätt i arbetet med uppdraget.

Regeringen lyfter avslutningsvis att uppdraget ska, i relevanta delar, genomföras i samråd med Försvarsmakten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), inhämta synpunkter från Styrelsen för internationellt utvecklingsarbete (Sida) samt överväga möjligheterna till samverkan med övriga nordiska länder. Myndigheterna ska även beakta vad som redan görs av frivilligorganisationer m.fl.

Med denna rapport slutredovisar de tre ansvariga myndigheterna sitt arbete.

Uppdragets omfattning

Rapporten redovisar en undersökning av Sveriges förutsättningar att delta i internationella hälso- och sjukvårdsinsatser. Enligt andra kapitlet, 1§ hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, avses med hälso- och sjukvård åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Smittsamma sjukdomar omfattas av denna lag. Till hälso- och sjukvården hör även sjuktransporter samt att ta hand om avlidna. Denna rapport omfattar dels en redovisning av förmågan att bidra med direkta hälso- och sjukvårdsresurser men även resurser som kan bistå internationella hälso- och sjukvårdsinsatser såsom t.ex. samordning och logistik.

Uppdragets genomförande

Arbetet med denna rapport har samordnats av Socialstyrelsen. Aktörsspecifikt utredningsarbete har genomförts av Folkhälsomyndigheten, MSB och Socialstyrelsen. Arbetet har genomförts av en arbetsgrupp med representanter från respektive myndighet och letts av en styrgrupp med representanter från desamma. Dessa redovisas i bilaga 1. Under arbetet med denna rapport har respektive myndighet fört samtal samt deltagit i möten, workshops, övningar och konferenser med företrädare för nationella och internationella myndigheter och organisationer. Detta arbete samt detaljerade beskrivningar av respektive myndighets kartläggning och förmågeutveckling finns beskrivet i tre aktörsspecifika kapitel med tillhörande bilagor. Utifrån den aktörsspecifika kartläggningen levereras myndighetsgemensamma slutsatser och åtgärdsförslag i sista kapitlet.

Bakgrund till uppdraget

Bakgrunden till regeringens uppdrag är det arbete som bedrivs vid WHO och EU, inom ramen för Global Health Emergency Workforce och European Medical Corps. Dessutom ska myndigheterna beakta de rekommendationer som FOI lämnade i utvärderingen av MSB:s stöd till att hantera ebolautbrottet i Liberia 2015¹. Nedan redovisas därför en kort sammanfattning av reformarbetet och dess konsekvenser vid respektive organisation samt huvudrekommendationerna från FOI:s rapport.

Världshälsoorganisationens (WHO:s) reformarbete

År 2016 lanserade WHO sitt nya program för hälsokatastrofer: WHO Health Emergencies (WHE) Programme. WHE är organisationens sammanhållande program för all operativ kapacitet vilket ska öka WHO:s förmåga att reagera och agera snabbare och mer effektivt på globala sjukdomsutbrott och hälsokatastrofer. Inom ramen för WHE har ett nytt krishanteringssystem lanserats för hela WHO (både huvudkontoret och regionala kontor), nya standardrutiner för samordningen av insatser har introducerats och teknisk infrastruktur har anpassats till dessa nya rutiner². WHE består av fem underliggande avdelningar och Global Health Emergency Workforce (benämningen på

¹ FOI-R--4096--SE, Utvärdering av MSB:s stöd till att hantera ebolautbrottet i Liberia

² <http://www.who.int/about/finances-accountability/funding/financing-dialogue/whe-update.pdf?ua=1>

medlemstaternas gemensamma operativa förmåga) administreras av avdelningen Emergency operations.

Den operativa förmågan som WHO refererar till och förlitar sig på är en flexibel förmåga som består av medlemstaters befintliga eller nyskapade förstärkningsresurser och experter. Över 80 procent av dessa är främst skapade för den egna medlemstatens behov, men genom stöd från WHO kan de anpassas för internationella insatser. Stödet till hälso- och sjukvårdsresurser, såsom kliniska team med eller utan fältsjukhus, ges av WHO:s operativa enhet Emergency Medical Teams (EMT) initiative. På enheten pågår det bl.a. ett kvalitetssäkringsarbete för att höja standarden och förmågan hos de EMT som responderar på hälsohot och katastrofer. En del av detta arbete utgår från miniminormer och riktlinjer som publicerades av WHO 2013³, bl.a. med stöd från Socialstyrelsen. Kvalitetssäkringsregistret lanserades 2015 och inkluderar ett 70-tal statliga (civila och militära) och icke-statliga organisationer. Av dessa har sju genomgått hela processen vilket innebär att organisationens resurser, sammansättning av utrustning och personal har granskats och bekräftats av sekretariatet på EMT-initiativet.

EMT-initiativet stöttar även, genom en koordineringscell, katastrofdrabbade länder med samordning av inkommande internationella EMT. Koordineringscellen aktiverades för första gången i samband med tyfonen Haiyan som drabbade Filippinerna 2013, men har sedan dess arbetat med samordning av EMT bl.a. vid ebolautbrottet (2014–2015), jordbävningen i Nepal (2015) och arbete pågår i samband med Mosuloffensiven i Irak vid skrivandet av denna rapport. Både MSB och Socialstyrelsen har bidragit med bl.a. koordinering och medicinsk expertis i insatserna som genomförts i Nepal och Irak. Tack vare ett starkt operativt partnerskap med globala aktörer såsom FN:s kontor för samordning av humanitära frågor (UN-OCHA) och Internationella Röda korset (ICRC) samt regionala aktörer såsom Europeiska Unionen (EU) har WHO:s förmåga till samordning ökat i kvalitet⁴.

Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN) bildades år 2000⁵, för att komplettera WHO:s existerande strukturer för övervakning, varning och hantering av omfattande utbrott av smittsamma sjukdomar. GOARN stöder genomförandet av *Internationella Hälsoreglementet* (IHR (2005)) och ger omfattande assistans till olika länder genom att tidigt utreda signaler om utbrott samt bidra till insatser. Nätverket kan skicka tekniska team med olika typer av expertis samt hjälpa till att bygga upp nationell och internationell expertis och insatser vid utbrott av smittsamma sjukdomar såsom kolera, dengue, encefalit och blödarfebrar.

I likhet med ovan beskrivna riktlinjer för EMT pågår ett arbete på WHO med att utveckla liknande för så kallade Public Health Rapid Response Teams (PHRRT). Dessa team förväntas ha en bred och varierad expertis såsom utbrottsepidemiologisk förmåga och mobil laborativ kapacitet. Grundläggande samt tekniska riktlinjer (t.ex. för logistik, vaccinationsprogram, laboratriekapacitet) är under utveckling genom en parallell process till EMT-initiativet och planeras i framtiden också kvalitetssäkras av WHO.

³ http://www.who.int/hac/global_health_cluster/fmt_guidelines_september2013.pdf

⁴ <https://extranet.who.int/emt/sites/default/files/EMT%20Booklet.pdf>

⁵ http://www.who.int/ihr/alert_and_response/outbreak-network/en/

EU:s utveckling av European Medical Corps

Inom EU finns ett civilskyddssamarbete där alla medlemsstater samt Norge, Island, Makedonien, Montenegro och Serbien deltar. Syftet med samarbetet, vilket anges i Lissabonfördraget⁶, är att underlätta för deltagande stater att snabbt och effektivt kunna hjälpa varandra vid stora olyckor och kriser inom EU samt att kunna genomföra gemensamma och samordnade insatser utanför EU. Systemet kallas övergripande för civilskyddsmekanismen.

Emergency Response Coordination Centre (ERCC) som organisatoriskt återfinns under EU-kommissionens direktorat för humanitärt bistånd och civilskydd (DG-ECHO), är civilskyddsmekanismens centrala kontaktpunkt. Det är härigenom som förfrågningar och erbjudanden om stöd mellan medlemsstaterna koordineras. Sveriges nationella kontaktpunkt för ERCC är MSB, med undantag för frågor kring miljöräddningstjänst till sjöss då Kustbevakningen är kontaktpunkt. Grundprincipen är att det land som begär stöd genom ERCC står för uppkomna kostnader. Samtidigt finns möjlighet till delfinansiering med upp till 85 % av transportkostnader i samband med en ERCC-koordinerad insats⁷.

Det stöd som koordineras av ERCC kommer bl.a. från ett register med resurser som deltagande stater kan bistå varandra med vid en händelse som kallas frivilligpoolen. I frivilligpoolen finns bland annat så kallade civilskyddsmoduler som består av förbestämda paket av resurser, sammansatta av utrustning och personal⁸. Modulerna ska kunna sändas ut med mycket kort varsel efter inkommen begäran om bistånd⁹. Det finns exempelvis moduler för sök- och räddning, skogsbrandsbekämpning, tältboenden samt hälso- och sjukvård.

Frivilligpoolen utvecklas kontinuerligt och innefattar sedan februari 2016 även European Medical Corps, EMC, vilket tillkom som ett svar på den brist på hälso- och sjukvårdspersonal som rådde under ebolaepidemin. EMC kan förenklat beskrivas som EU:s regionala motsvarighet till Global health emergency workforce och har utvecklats i nära samarbete med WHO och utifrån deras standard för hälso- och sjukvårdsresurser¹⁰. EMC innefattar en pool av hälso- och sjukvårdsteam och experter samt logistik, kommunikation och koordineringsresurser som ställts till förfogande av medlemsstaterna på frivillig basis. Resurserna ska vara tillgängliga för snabba insatser vid katastrofer som påverkar människors hälsa.

Vid den officiella invigningen i februari 2016 hade nio medlemsstater erbjudit efterfrågad kapacitet för registrering, fyra av dessa har anmält att de avser registrera ett EMT. Sverige har genom MSB registrerat logistikresurser som kan stötta med IT-, kommunikations- och visst boendestöd i frivilligpoolen.

⁶ Artikel 196: <http://www.lisbon-treaty.org/wcm/the-lisbon-treaty/treaty-on-the-functioning-of-the-european-union-and-comments/part-3-union-policies-and-internal-actions/title-xxiii-civil-protection/483-article-196.html> samt artikel 214: <http://www.lisbon-treaty.org/wcm/the-lisbon-treaty/treaty-on-the-functioning-of-the-european-union-and-comments/part-5-external-action-by-the-union/title-3-cooperation-with-third-countries-and-humanitarian-aid/chapter-3-humanitarian-aid/502-article-214.html>

⁷ Artikel 23 tredje punkten i beslut 1313/2013/EU

⁸ Artikel 11 första punkten i beslut 1313/2013/EU samt kapitel 5 i tillämpningsföreskrifterna.

⁹ Artikel 9 andra punkten i beslut 1313/2013/EU samt kapitel 4 i tillämpningsföreskrifterna.

¹⁰ Kommissionens faktablad:

http://ec.europa.eu/echo/files/aid/countries/factsheets/thematic/European_Medical_Corps_en.pdf, 2016-03-14.

len¹¹ och har regeringens uppdrag att registrera Svenska Nationella Ambulansflyget (SNAM)¹² i densamma. Logistikresurserna är inte riktade mot någon särskild typ av insats utan är generiska och kan därmed även användas för sjukvårdsinsatser inom ramen för EMC.

I februari 2017 överlämnade kommissionen en rapport¹³ om utveckling och behov av europeisk responsförmåga inom European Emergency Response Capacity (EERC). Rapporten beskriver kvarstående behov av resurser som kan bistå i bl.a. arbete i kontaminerade miljöer och dekontaminering av patienter vid kemiska, biologiska, radiologiska och nukleära (CBRN) katastrofer. Den senaste tidens antagonistiska händelser inom Europa motiverar även Kommissionens framtida översyn av kapacitetsmålen inom CBRN katastrofer. I rapporten konstateras vidare att kapacitetsmålen för EMC inte är färdigdefinierade pga. det pågående arbetet med anpassning till WHO:s klassificering av EMT. Dock beskrivs vissa indikationer på bristen av stora fältsjukhus (motsvarande EMT 3 per WHO:s definition) i medlemsstaterna. Slutligen förespråkar kommissionen ett ökat antal tillgängliga resurser för medicinsk evakuering för att möta de behov som kan uppstå vid masskadesituationer och att länderna deltar i revideringen av kapacitetsmålen för medicinsk evakuering.

Totalförsvarets forskningsinstitut (FOI:s) utvärdering

De insatser som genomfördes av MSB under ebolaepidemin i Västafrika 2014 har utvärderats av FOI¹⁴. Insatsen var MSB:s största internationella snabbinsats hittills och den utformades under betydande tidspress i en miljö präglad av många utmaningar, såsom bristande internationell koordinering och osäkerhet kring hur epidemin skulle utvecklas. Det var också en ny typ av insats med en ny förmåga som inte fanns uppbyggd på förhand. Slutsatserna av utvärderingen resulterade i ett antal rekommendationer inför framtida hälso- och sjukvårdsinsatser. Rapporten lyfter MSB:s omfattande erfarenhet av att skicka ut personal till internationella insatser men konstaterar också att andra myndigheter har mer sjukvårdskompetens och större vana att arbeta med sjukvårdspersonal vilket leder till rekommendationen att en framtida EMT-förmåga (då kallat FMT, Foreign Medical Team) t.ex. skulle kunna byggas gemensamt med sådana myndigheter. Vidare lyfter rapporten att många myndigheter som samarbetade med MSB vittnar om att samarbetet fungerade bra men att det fanns ett bristande samförstånd kring vad samverkan innebär i praktiken och att det skulle stödja myndighetssamverkan om det fanns utarbetade riktlinjer, i ett insatsperspektiv, för hur detta bäst bör ske och hur beslut ska dokumenteras.

FOI rekommenderar vidare att Sveriges komparativa fördelar gentemot andra länder ska undersökas inför ett eventuellt skapande av en egen EMT-förmåga. Andra myndigheter och organisationers roll bör undersökas, och

¹¹ Regeringsbeslut II:25, Uppdrag till Myndigheten för samhällsskydd och beredskap att anmäla resurser till EU:s frivilliga resurspool, JU2015/49/SSK

¹² Regeringsbeslut II:3, Uppdrag till Myndigheten för samhällsskydd och beredskap att anmäla Svenska nationella ambulansflyget till EU:s frivilliga resurspool, JU2016/01954/SSK

¹³ Report from the Commission to the European Parliament and the Council on progress made and gaps remaining in the European Emergency Response Capacity, Brussels, 17.2.2017 COM(2017) 78 final

¹⁴ FOI-R--4096—SE, Utvärdering av MSB:s stöd till att hantera ebolautbrottet i Liberia

vikten av att framtida EMT ska vara självförsörjande lyfts. En central fråga för ett framtida EMT bedöms vara tillgänglighet av sjukvårdspersonal.

Slutligen rekommenderar inte FOI att resurser utvecklas under en pågående kris vilket innebär att den operativa leveransen skulle behöva vara uppbyggd och förvaltd i god tid inför en stundande kris. I frågan om beredskap för kliniska team för vård av höggradigt smittsam blödarfeber, som i Västafrika 2014, skulle denna specifika kapacitet funnits färdigutvecklad och stått i beredskap redan innan hälsokrisen uppstod för att undvika de utmaningar och den problematik som FOI pekar på i sin utvärdering. FOI nämner i sammanhanget frågor om ledning, personalhantering, kommunikation och samordning, som inte fungerade optimalt utifrån det faktum att erfarenhet inom sakområdet saknades när insatsen genomfördes.

Centrala aktörer och den svenska hälso- och sjukvårdens organisation

Folkhälsomyndigheten

Folkhälsomyndigheten har ett nationellt ansvar för folkhälsofrågor och verkar för en god folkhälsa. Som beredskapsmyndighet med krishanteringsansvar inom sitt område ingår att skydda befolkningen mot smittsamma sjukdomar och andra hälsohot. Folkhälsomyndigheten har det samordnande ansvaret för landets smittskydd och ska ta initiativ till åtgärder som skyddar befolkningen mot smittsamma sjukdomar och andra hälsohot i kris och under höjd beredskap. Myndigheten ska bistå andra myndigheter, landsting, kommuner och organisationer med epidemiologiskt och logistiskt expertstöd vid konstaterade eller misstänkta utbrott av allvarliga smittsamma sjukdomar och med riskanalys och planering av förebyggande åtgärder beträffande sådana utbrott.

Vidare ska myndigheten upprätthålla den laboratorieberedskap som behövs och tillhandahålla mikrobiologiska laboratorieundersökningar som är av unik natur eller som av andra skäl inte utförs av laboratorier inom sjukvården. Folkhälsomyndigheten är en bevakningsansvarig myndighet och har därför skyldighet att ha en tjänsteman i beredskap (TiB). Utöver detta har myndigheten även en klinisk mikrobiolog (KMIB) i ständig beredskap.

Folkhälsomyndigheten är svensk kontaktpunkt gentemot EU och WHO med beredskap för hot mot människors hälsa samt för IHR¹⁵. I enlighet med myndighetens instruktion får Folkhälsomyndigheten bistå med expertstöd vid katastrofer eller allvarliga utbrott av smittsamma sjukdomar i andra länder och stödja svenska civila och militära internationella krishanteringsinsatser. Vidare får myndigheten besluta om ovan beskrivna insatser, under förutsättning att insatserna finansieras av någon annan än myndigheten¹⁶. Utöver detta och om verksamheten i övrigt medger det får Folkhälsomyndigheten utföra uppdrag inom eller utom landet, samt sörja för lämplig kompetensförsörjning¹⁷. Myndigheten ska inom ramen för den egna verksamheten och i

¹⁵ Enligt lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa

¹⁶ Enligt 11 § förordning (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten

¹⁷ Enligt 4 § förordning (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten

samarbete med andra aktörer arbeta för att bidra till genomförandet av Sveriges politik för global utveckling¹⁸.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB)

MSB ska enligt myndighetens instruktion¹⁹ utveckla samhällets förmåga att förebygga och hantera olyckor och kriser, i fredstid såväl som vid höjd beredskap i den utsträckning inte någon annan myndighet har ansvaret. MSB ska vidare samordna, följa upp och utvärdera samhällets krisberedskapsarbete, vara pådrivande i arbetet med förebyggande och sårbarhetsreducerande åtgärder och se till att utbildning och övningar kommer till stånd inom myndighetens ansvarsområde. MSB ska också utveckla och stärka samhällets förmåga för att förebygga och hantera oönskade händelser där farliga ämnen ingår²⁰.

Myndigheten ska i samverkan med andra myndigheter, kommuner, landsting, organisationer och företag identifiera och analysera sådana sårbarheter, hot och risker i samhället som kan anses vara särskilt allvarliga och tillsammans med de ansvariga myndigheterna genomföra en övergripande planering av åtgärder som bör vidtas²¹.

MSB har också ett operativt uppdrag, vilket innebär en stödjande och samordnade roll att bistå med stödresurser i samband med allvarliga olyckor och kriser samt att stödja samordningen av berörda myndigheters åtgärder vid en kris²². Myndigheten ska också företräda det civila försvaret på central nivå i frågor som har betydelse för avvägningen mellan civila och militära behov av samhällets resurser och se till att nödvändiga åtgärder vidtas inom befolkningsskyddet²³.

Förutom att verka i Sverige ska MSB också kunna medverka med insatser i Sveriges internationella humanitära verksamhet och får delta i räddnings- och katastrofinsatser i andra länder som fordrar omedelbara åtgärder och stödja biståndsinsatser som avser humanitär minhantering, stärkande av katastrofberedskap och tidig återuppbyggnad efter katastrofer. MSB ska också på regeringens uppdrag kunna stödja internationella insatser inom civil konflikthantering²⁴.

Myndigheten ska också på regeringens uppdrag kunna stödja personer med hemvist i Sverige som drabbats av en större katastrof utomlands och verka för samordning av myndigheters, organisationers och övriga aktörers åtgärder och information. Vid allvarlig olycka eller katastrof utanför Sverige ska MSB med kort varsel i ett inledande skede kunna stödja utlandsmyndigheter och de nödställda. Denna beredskap upprätthålls i form av Stödstyrkan, en förstärkningsresurs under samordning av MSB, där även Socialstyrelsen,

¹⁸ Enligt 17§ förordning (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten

¹⁹ Enligt 1§ förordning (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap

²⁰ Enligt 2-4§ förordning (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap

²¹ Enligt 2§ förordning (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap

²² Enligt 7§ förordning (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap

²³ Enligt 13§ förordning (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap

²⁴ Enligt 8§ förordning (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap

Polisen samt Svenska Röda Korset, Svenska Kyrkan och Rädda Barnen ingår²⁵.

Myndigheten ska också upprätthålla en beredskap för att besluta om och tillsammans med Västerbotten läns landsting och SAS genomföra luftburna sjuktransporter med SNAM vid större olyckor, katastrofer eller terroristattacker²⁶.

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen är förvaltningsmyndighet för verksamhet inom hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet samt har ett ansvar för föreskrifter och allmänna råd inom myndighetens verksamhetsområde²⁷. Myndigheten har ett samlat ansvar för att expertis utvecklas och upprätthålls om katastrofmedicin, och krisberedskap inom myndighetens verksamhetsområde²⁸. Myndigheten ska även verka för att kunskap sprids och att expertis inom dessa områden står till samhällets förfogande vid kriser och katastrofer. Socialstyrelsen får därmed finansiera verksamhet i syfte att upprätthålla en kvalificerad nationell kompetens.

Myndigheten har en katastrofmedicinsk expertgrupp knuten till sig. Expertgruppen, som består av ett 30-tal läkare, har en bred expertis och kan därmed stötta myndigheten vid olika typer av katastrofer och kriser, från olyckshändelser med ett stort antal traumafall till händelser där kemiska, biologiska och radionukleära ämnen ingår i händelseförloppet (C-, B- och RN-områdena). Den befintliga katastrofmedicinska expertgruppen kan även sändas till katastrofplatser inom Sverige men också i utlandet för behovsbedömning eller stöd²⁹.

Socialstyrelsen ska medverka i krisberedskap och i totalförsvaret³⁰ och ska samordna och övervaka planläggningen av den civila hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beredskap enligt samma lagrum. Socialstyrelsen får meddela särskilda föreskrifter om hälso- och sjukvården i fredstid om det ur ett nationellt perspektiv finns behov av katastrofmedicinska insatser³¹. Myndigheten ska även, inom ramen för den egna verksamheten och i samarbete med andra aktörer, arbeta för att bidra till genomförandet av Sveriges politik för global utveckling.

Försvarsmakten

Grunden för Försvarsmaktens verksamhet är förmågan till väpnad strid³². Dock ska myndigheten med dess befintliga förmåga och resurser kunna lämna stöd till civil verksamhet. Försvarsmakten kan inom ramen för detta stödja hälso- och sjukvårdens aktörer, såsom statliga myndigheter och

²⁵ Enligt förordning (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, ändring genom förordning (2009:611)

²⁶ Enligt 14a§ förordning (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, (förordning 2014:1555)

²⁷ Enligt 1§ förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen

²⁸ Enligt 8§ förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen

²⁹ Expertgruppen är utvecklad i enlighet med prop. 2007/08:138 s.39

³⁰ Enligt förordning (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap och förordning (2015:1053) om totalförsvaret och höjd beredskap

³¹ Enligt 6 kap.2§ (2017:30) hälso- och sjukvårdslagen

³² Enligt 1§ förordning (2007:1266) med instruktion för Försvarsmakten

landsting, genom att utföra helikoptertransporter av skadade eller sjuka personer vid livshotande situationer³³.

Försvarsmaktens egen hälso- och sjukvårds verksamhet benämns försvarsmedicin och innefattar även hälsoskydd och veterinärmedicin. Denna verksamhet syftar primärt till vård och medicinskt omhändertagande av militär personal. Lagar och författningar som reglerar hälso- och sjukvården i Sverige gäller även inom Försvarsmakten men dessa kompletteras till del av Generalläkarens anvisningar.

Försvarsmedicincentrum är den enhet som förvaltar och utvecklar myndighetens hälso- och sjukvårdsförmåga. Dess personal består bl.a. av hel- eller deltidsanställda officerare och soldater, men också av civila läkare och sjuksköterskor. Enhetens övergripande mål är att säkerställa en väl fungerande hälso- och sjukvård inom Försvarsmakten i fredstid, vid internationella insatser, i händelse av kris och katastrof samt under väpnad konflikt.

Försvarsmakten som statlig myndighet är vårdgivare.

Styrelsen för internationellt utvecklingssamarbete (Sida)

Sida ansvarar för att utifrån ett kostnadseffektivt perspektiv finansiera sådana insatser som bidrar till att uppfylla målen för det internationella utvecklingssamarbetet. Biståndet delas in i två kategorier: humanitärt bistånd och långsiktigt utvecklingssamarbete. Det humanitära stödet innebär akut hjälp vid nödsituationer medan utvecklingssamarbetet utgörs av långsiktigt stöd till andra länders utveckling.

Jordbruksverket

Jordbruksverket är regeringens expert- och förvaltningsmyndighet inom jordbruk, fiske och landsbygdsutveckling³⁴. Enligt epizootilagen och zoonoslagen har Jordbruksverket ett övergripande ansvar vid utbrott av allvarliga smittsamma djursjukdomar. Myndigheten har huvudansvar för beredskap och bekämpning samt är beslutande myndighet för dessa frågor.

Statens Veterinärmedicinska Anstalt (SVA)

SVA är en expertmyndighet med beredskapsuppdrag³⁵ upprätthåller sjukdomsberedskap genom bred veterinärmedicinsk kompetens och tillgång till egna laboratorier. Beredskapens syfte är att SVA effektivt ska kunna utreda och motverka utbrott av allvarliga smittsamma djursjukdomar och smittämnen i Sverige i samarbete och samverkan med andra aktörer, så att Sverige kan bibehålla önskat smittstatus till en rimlig kostnad för samhället. Centrala områden är epizootisjukdomar, zoonoser och antibiotikaresistens.

Landsting och kommuner

Landstingen är vårdgivare med ett organisatoriskt ansvar inom hälso- och sjukvården. Utifrån Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd³⁶ ska

³³ Enligt förordning (2002:375) om Försvarsmaktens stöd till civil verksamhet

³⁴ Enligt förordning (2009:1464) med instruktion för Statens jordbruksverk

³⁵ Enligt förordning (2009:1394) med instruktion för Statens veterinärmedicinska anstalt

³⁶ SOSFS 2013:22 om katastrofmedicinsk beredskap

landstingen planera för att katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls³⁷. I beredskapsplanerna ska det framgå hur nödvändiga funktioner i hälso- och sjukvården ska larmas och aktiveras vid allvarlig händelse eller vid risk för sådan händelse, vem som ska leda och samordna hälso- och sjukvården vid allvarlig händelse och vilka andra aktörer som landstinget vid behov ska samverka med. Kommuner och landsting får på begäran lämna hjälp till andra kommuner och landsting som drabbats av en extraordinär händelse i fredstid³⁸.

Epidemiberedskapsplaner, både för fredstid men som även gäller vid infektionskatastrofer i krig samt vid stora bioterroristattacker uppdateras löpande av landstingen. En smittskyddsläkare ska finnas i varje landsting³⁹ och varje landsting ansvarar för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom landstingsområdet.

Landstingens verksamhetsutveckling stöds av arbetsgivar- och intresseorganisationen SKL som även stödjer och bidrar till verksamhetsutvecklingen av kommuner.

Rättslig grund

Lagstiftning på hälso- och sjukvårdsområdet

Hälso- och sjukvårdens regelverk ställer främst krav på hur arbetsuppgifter ska utföras, inte vem som får utföra dem. Den allmänna regleringen på hälso- och sjukvårdens område måste alltid följas då arbetsuppgifter utförs inom vården⁴⁰.

I följande avsnitt beskrivs kort HSL, och patientlagen (2014:821). Båda dessa lagar innehåller grundläggande och övergripande bestämmelser på hälso- och sjukvårdsområdet. Patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PSL innehåller bestämmelser om vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Denna lag reglerar även behörighetsfrågor, skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal samt tillsyn genom Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Lagstiftningen på hälso- och sjukvårdsområdet omfattar dessutom lagar som reglerar särskilda områden såsom smittskyddslagen (2004:168). I övrigt omfattar det hälso- och sjukvårdsrättsliga regelverket åtskilliga förordningar samt olika statliga myndigheters föreskrifter och allmänna råd. Föreskrifter på hälso- och sjukvårdsområdet meddelas bl.a. av Socialstyrelsen. Statliga myndigheter med särskild inriktning mot hälso- och sjukvårdsområdet är E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Läkemedelsverket, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering samt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

³⁷ Enligt 7 kap. 2§ tredje stycket (2017:30) hälso- och sjukvårdslagen

³⁸ Enligt 4 kap. 1§ lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

³⁹ Enligt 8§ (2004:168) smittskyddslagen

⁴⁰ Socialstyrelsens handbok Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården.

Hälso- och sjukvårdslagen

HSL är avsedd som en s.k. målinriktad ramlag. Det innebär att den huvudsakligen ska innehålla bestämmelser om övergripande mål, ansvarsförhållanden och riktlinjer för verksamheten. En viktig anledning till detta är att huvudmännen utifrån den kommunala självstyrelsen ska ha viss frihet att utforma insatserna efter lokala och regionala behov och förutsättningar. Staten har ett övergripande ansvar. Målet för hälso- och sjukvården är enligt lagen en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Patientlagen

Syftet med patientlagen är att stärka och tydliggöra patientens ställning och att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Lagen förtydligar informationsplikten gentemot patienten och klargör att hälso- och sjukvård som huvudregel inte får ges utan patientens samtycke.

Patientsäkerhetslagen

PSL skall främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården genom att minska antalet vårdskador, oavsett om bristerna beror på systemfel eller på att vårdpersonalen begått misstag. Det är inte bara legitimerade yrkesutövare som ingår i gruppen hälso- och sjukvårdspersonal. Även t.ex. undersköterskor och vårdbiträden som är verksamma vid en vårdinrättning och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter räknas som hälso- och sjukvårdspersonal enligt PSL. En person som biträder en legitimerad yrkesutövare räknas också

som hälso- och sjukvårdspersonal.

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen har ett eget personligt ansvar för hur han eller hon utför sitt arbete. Hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter framgår av 6 kap. PSL. De mest grundläggande skyldigheterna är att utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och att ge patienterna sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård.

Smittskyddslagen

Målet med smittskyddet är att samhället ska tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar. I smittskyddslagen ges föreskrifter om smittskyddsåtgärder som riktar sig till människor. Folkhälsomyndigheten ansvarar för samordning av smittskyddet på nationell nivå och ska ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd. Det ska finnas en smittskyddsläkare i varje landsting och varje landsting ansvarar för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom landstingsområdet.

Smittskyddsläkaren har ett samlat ansvar för smittskyddsarbetet inom det område där han eller hon verkar. Smittskyddsläkaren ska planera, organisera och leda smittskyddet och verka för effektivitet, samordning och likformighet. Myndigheter inom smittskyddet, andra berörda myndigheter, läkare samt annan hälso- och sjukvårdspersonal ska samverka för att förebygga och begränsa utbrott eller spridning av smittsamma sjukdomar. Allmänfarliga sjukdomar som kan få en spridning i samhället som innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och som kräver extraordinära smittskyddsåtgärder samt vissa

andra smittsamma sjukdomar ska anmälas eller bli föremål för smittspårning enligt bestämmelserna i denna lag.

Lag om skydd mot internationella hot mot människors hälsa (2006:1570)

Lagen om skydd mot internationella hot mot människors hälsa innehåller bestämmelser för genomförande av internationella hälsoreglementet och syftar till att skydda mot internationella hot mot människors hälsa. Lagen innefattar smittämnen eller andra ämnen som utgör eller kan utgöra ett allvarligt hot mot människors hälsa och som riskerar föras in i landet eller spridas till andra länder. Folkhälsomyndigheten är nationell kontaktpunkt enligt hälsoreglementet och ansvarar för de uppgifter den är skyldig att fullgöra enligt denna lag⁴¹.

Hälsohotsakten (1082/2013/EU)

Hälsohotsakten, eller lagen om allvarliga gränsöverskridande hälsohot är EU:s lagstiftning för implementering av IHR. Lagstiftningen innehåller riktlinjer om epidemiologisk övervakning och hantering av allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa, inklusive beredskap och insatsplanering i samband med dessa verksamheter. Bland annat syftar lagstiftningen till att främja samarbete och koordinering mellan medlemsstater.

Svensk hälso- och sjukvårdsverksamhet i utlandet

Undantag från lokaliseringsprincipen beträffande hälso- och sjukvårdsverksamhet regleras genom ett antal lagar utöver HSL. Genom lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter ges bl.a. möjlighet för landstingen att som tjänsteexport ge t.ex. hälso- och sjukvård utomlands. Landsting får även bedriva hälso- och sjukvård utomlands i enlighet med lagen (2008:552) om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands. Regelverk för insatser som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal utför inom en ideell verksamhet har utretts av Socialstyrelsen⁴². I följande avsnitt beskrivs kort rådande lagrum beträffande utförande av hälso- och sjukvårdsverksamhet i utlandet.

Lag (2008:552) om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands

Lagen om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands ger landsting möjlighet att bedriva hälso- och sjukvård utomlands vid inträffad allvarlig olycka eller katastrof i syfte att minimera de fysiska och psykiska följdverkningarna av olyckan eller katastrofen. Lagen får tillämpas om många människor med anknytning till Sverige⁴³ drabbas av en allvarlig olycka eller katastrof i utlandet. Lagen får även tillämpas vid insatser till stöd för andra än de som har anknytning till Sverige, i en situation då många människor drabbas av en allvarlig olycka eller katastrof i utlandet. Denna paragraf (1a§) tillkom som en direkt följd av att Sverige genom sina internationella åtaganden kan ställas inför ökade önskemål om att bistå andra länders

⁴¹ Enligt 5§ lagen (2014:1550) om ändring i lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa

⁴² Rapport *Hälso- och sjukvård i ideella föreningar*

⁴³ Med människor med anknytning till Sverige avses (1.) svenska medborgare, (2.) svenska medborgares utländska familjemedlemmar, och (3.) i Sverige bosatta utlänningar. Lag (2015:312).

medborgare med katastrofmedicinska insatser utomlands⁴⁴. En katastrofmedicinsk insats kan därmed genomföras utan något samband med en statlig, konsulär katastrofinsats enligt lagen (2010:813) om konsulära katastrofinsatser⁴⁵.

Katastrofmedicinska insatser ska endast komma i fråga när andra resurser, inklusive värdlandets, inte är tillräckliga för att ge drabbade människor nödvändig hjälp och ska inte aktualiseras förrän drabbat land begär hjälp av Sverige. Hjälpens ska ges endast under en kortare tid, i den inledande fasen efter en kris eller katastrof. Om hjälpbehovet är av den karaktären att det avser humanitärt bistånd på folkrättslig grund, ska det inte ges med stöd av katastrofmedicinska insatslagen. Som utgångspunkt ska den stat som begär stöd själv bära kostnaderna för det lämnade stödet.

MSB fattar beslut om att inleda eller avsluta katastrofmedicinska insatser⁴⁶ men regeringen har inflytande över besluten, vilket är nödvändigt eftersom frågan om huruvida en katastrofmedicinsk insats ska genomföras eller inte är av stor principiell vikt⁴⁷.

Socialstyrelsen ska leda och samordna de katastrofmedicinska insatserna som ska tillhandahållas av landstingen i Stockholm, Västra Götaland, Skåne, Östergötland, Uppsala och Västerbotten. Övriga landsting får upprätthålla sådan beredskap. Socialstyrelsen ska teckna avtal med lämpligt landsting avseende sjukvårdshuvudmannaskapet och vårdgivaransvaret för sådana hälso- och sjukvårdsinsatser som ges utomlands med stöd av katastrofmedicinska insatslagen⁴⁸.

Lag (2009:47) om vissa kommunala befogenheter

Kommuner och landsting får som tjänsteexport lämna bistånd i form av hälso- och sjukvård utomlands. Detta bistånd får även lämnas till en internationell hjälporganisation för att utgöra hjälp till ett land i en rådande eller framtida nödsituation. Åtgärden och omfattningen på biståndet ska anmälas till Sida.

Lag (2010:449) om Försvarsmaktens personal vid internationella militära insatser

Sverige deltar i och bidrar till internationella insatser som bidrar till global säkerhet och utveckling men också för att främja nationell säkerhet och svenska intressen. En viktig utgångspunkt för det svenska engagemanget i internationella insatser är att Sverige deltar tillsammans med andra och att det finns ett FN-mandat i grunden. De insatser som Sverige bidrar till leds vanligtvis av en multilateral organisation. Sveriges medlemskap i FN, EU, OSSE, och samarbete med Nato utgör därför en central grund för svenska bidrag till insatser som leds av dessa organisationer. Hälso- och sjukvårdspersonal ingår i ett flertal av dessa insatser och Försvarsmakten är vid insatsen vårdgivare.

⁴⁴ Enligt prop. 2014/15:76

⁴⁵ Enligt prop. 2009/10:98

⁴⁶ Enligt förordningen (2008:553) om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands.

⁴⁷ Enligt prop. 2014/15:76

⁴⁸ Enligt prop. 2014/15:76

Avtal

Nordiskt hälsoberedskapsavtal – Nordhels

Det nordiska hälsoberedskapsavtalet, Nordhels, undertecknades 2002. Syftet med avtalet är att förbereda och utveckla hälso- och sjukvårdsberedskapen för att bättre kunna hantera en kris eller allvarlig händelse samt vidta beredskapsåtgärder. Avtalet innebär också en möjlighet att begära assistans då någon av de nordiska länderna har en kris att hantera⁴⁹. Inom ramen för det nordiska hälsoberedskapsavtalet har även riktlinjer tagits fram för samarbete när nordiska medborgare drabbas av en allvarlig händelse utanför Norden. Samarbetet sker huvudsakligen genom Svalbardgruppen med svenska delegater från Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten. Socialstyrelsen är enligt myndighetens instruktion sammanhållande i fråga avtalet och ska verka för att intentionerna i avtalet genomförs.

Nordiskt räddningstjänstavtal – Nordred

Nordred är ett nordiskt samarbete inom räddningstjänsten som ska syfta till att främja samverkan inom räddningstjänsten mellan medlemsländerna, både vad gäller samarbete för att utveckla räddningstjänsten men också en operativ samverkan i akuta räddningssituationer. Som grund för samarbetet finns ett särskilt ramavtal mellan medlemsländerna Danmark, Finland, Island, Norge och Sverige.

Barentsavtalet

År 2008 undertecknade Finland, Norge, Ryssland och Sverige även ett avtal avseende gränsöverskridande samarbete för förebyggande av, beredskap inför och insatser vid nödsituationer i Barentsregionen⁵⁰. Avtalet omfattar även gemensamma övningar som genomförs regelbundet med medverkande från lokal, regional och nationell nivå i de olika länderna.

Samarbetet inom EU

Den så kallade solidaritetsklausulen⁵¹ i fördraget om unionens funktionssätt (EUF-fördraget) slår fast att medlemsländerna ska hjälpa varandra om det inträffar en terroristattack, naturkatastrof eller "en katastrof som orsakas av människor" inom EU. Det berörda EU-landet kan åberopa solidaritetsklausulen om det anser att situationen överstiger dess egna insatsresurser. Det måste rikta sin begäran till ordförandeskapet för rådet och till Europeiska kommissionens ordförande genom ERCC. EU ska mobilisera alla instrument som står till dess förfogande, även de militära resurser som medlemsstaterna tillhandahåller.

Internationella Hälsoreglementet (2005)

Det internationella hälsoreglementet (IHR) är ett legalt bindande ramverk för medlemsländerna i WHO och trädde i kraft i nuvarande form i juni 2007. Syftet med IHR är att förebygga, förhindra och hantera gränsöverskridande hälsohot. Ramverket bygger på nationellt och internationellt samarbete för att

⁴⁹ Enligt SOU 2012:29 (s.82). För mer information se www.nordhels.org

⁵⁰ Enligt SÖ 2012: 7

⁵¹ Artikel 222 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (EUF-fördraget)

så tidigt som möjligt upptäcka och begränsa spridning av smittsamma sjukdomar och ämnen som kan utgöra ett internationellt hot mot människors hälsa. IHR omfattar samtliga allvarliga hälsohot, såväl kemiska, biologiska samt radionukleära.

IHR ställer formella krav på det svenska krishanteringssystemet och ställer specifika krav på kapacitet om övervakning, rapportering, anmälan och hantering av hälsohot. Enligt lagen om skydd mot internationella hot mot människors hälsa⁵² har Folkhälsomyndigheten ansvaret för att samordna beredskapen mot allvarliga hälsohot. Myndigheten är även nationell kontaktpunkt mot IHR, och ansvarar därmed för att uppfylla ovan beskrivna kapaciteter.

Nato

Sverige samarbete inom det civila området med Nato omfattar till exempel utveckling av transportkapaciteter och medicinska resurser, arbete inom CBRN och resurser för katastrofinsatser. Nato bedriver, tillsammans med sina partnerskapsländer, ett omfattande arbete och erfarenhetsutbyte rörande civil beredskapsplanering och samordning av humanitära katastrofinsatser. The Euro-Atlantic Disaster Response Coordination Centre (EADRCC) är ett särskilt organ inom Nato för koordinering av medlems- och partnerskapsländernas humanitära katastrofinsatser⁵³.

Ramverk och strategier

Nationella säkerhetsstrategin

Regeringen har publicerat en nationell säkerhetsstrategi som anger inriktningen och utgör ett ramverk för det arbete som krävs för att gemensamt värna Sveriges säkerhet, inom och mellan olika politikområden⁵⁴. Strategin ger en övergripande bild av den senaste tidens säkerhetsutveckling, i Sverige och i vår omvärld. I den nationella säkerhetsstrategin understryks den internationella dimensionen av säkerhetsarbete och Sverige strävar efter gemensam säkerhet byggd i samarbete med andra.

Hälsohot identifieras som ett framtida hot mot vår säkerhet och detta innefattar smittsamma sjukdomar samt andra typer av biologiska, kemiska och även radionukleära hot. Det krävs en svensk förmåga att förebygga och hantera beskrivna hot samt väl fungerande internationella samarbeten. Sverige ska verka för starkt global förmåga att upptäcka och hantera hälsohot genom implementering av IHR. Det svenska krishanteringssystemet måste fortsätta leva upp till kraven i reglementet.

Bekämpningen mot antagonistiska hot kräver enligt strategin både förebyggande och repressiva åtgärder som kompletterar varandra. Det måste finnas en beredskap i landet för att hantera situationen om ett terrorattentat inträffar och i detta ligger förmågan att begränsa samhällskonsekvenserna av ett sådant. Denna förmåga innefattar ett säkerställande av sjukvårdens funktionalitet.

⁵² Lag (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa

⁵³ www.nato.int/eadrcc

⁵⁴ <http://www.regeringen.se/48db21/globalassets/regeringen/block/aktualitetsblock/statsradsberedningen/nationell-sakerhetsstrategi.pdf>

Politiken för global utveckling (PGU)

Målet för Sveriges internationella utvecklingssamarbete finns bland annat angivet i den av riksdagen antagna Politiken för global utveckling (PGU) från 2003. Politiken behandlar emellertid inte bara utvecklingssamarbete, utan slår också fast grunden för en sammanhållen och samstämd svensk politik för global utveckling. Av PGU framgår ett övergripande mål för samtliga politikområden samt ett kompletterande mål för utvecklingssamarbetet. Enligt PGU har utvecklingssamarbetet en viktig funktion när det gäller att komplettera och stödja åtgärder som vidtas på andra politikområden inom ramen för politiken för global utveckling.

Budgetpropositionen 2017

Enligt budgetpropositionen för 2017 ska Sveriges multilaterala försvars- och säkerhetspolitiska samarbeten fördjupas och Sverige ska som medlem i FN:s säkerhetsråd fortsatt bidra till FN genom deltagande i insatser, bidrag till kapacitets- och konceptutveckling samt utbildningsstöd inom FN:s ram. Bidragen till civila krishanteringsinsatser avses öka och Sverige förväntas bidra till ökad insikt om kopplingar mellan hälsa och andra sektorer såsom säkerhet. Deltagandet i internationella krishanteringsinsatser anses dels vara en solidaritetshandling men också motverka hot från stater och icke-statliga aktörer mot svensk och internationell säkerhet⁵⁵.

Regeringen skriver att reformarbetet för att effektivisera den såväl nationella som internationella responsen i katastrofsituationer på hälsoområdet har varit en stor utmaning⁵⁶. Sverige har blivit en allt viktigare spelare på det humanitära området samt ligger i framkant vad gäller att länka humanitärt stöd med långsiktig utveckling.

Agenda 2030

De globala målen och Agenda 2030 syftar till att leda världen mot en hållbar och rättvis framtid genom att utrota fattigdom och hunger, förverkliga de mänskliga rättigheterna för alla, uppnå jämställdhet och egenmakt för alla kvinnor och flickor samt säkerställa ett varaktigt skydd för planeten och dess naturresurser. Sveriges samlade utrikespolitik kommer bidra till att Agenda 2030 genomförs och att de 17 globala målen kan nås. Under våren 2016 gav regeringen 86 statliga myndigheter, inklusive Folkhälsomyndigheten, MSB och Socialstyrelsen, i uppdrag att bidra med underlag för Sveriges genomförande av Agenda 2030. I dessa ingår bedömningar på vilka mål och delmål respektive verksamhet har störst inverkan, nationellt och internationellt. De innehåller också en bedömning av huruvida myndighetens verksamhet på området är tillräcklig.

Sendairamverket

Sendairamverket för katastrofriskreducering 2015–2030 antogs vid FN:s tredje världskonferens i Sendai, Japan, den 18 mars 2015. MSB är nationell kontaktpunkt för ramverket som är handlingsinriktat och har fyra prioriterade områden och sju mål. Ramverket syftar till att reducera riskerna för och

⁵⁵ Budgetområde 6: Försvar och samhällets beredskap

⁵⁶ Budgetområde 7: Internationellt bistånd

minska konsekvenserna av olyckor och katastrofer och omfattar både små- och storskaliga, frekventa och icke frekventa, plötsliga och långsamma katastrofer. Förutom naturolyckor ingår bl.a. även teknologiska, biologiska, miljömässiga och hälsorelaterade risker. Ramverket täcker alla typer av hot och risker utom krig, konflikter och terror och ska syfta till att bygga mer resilienta samhällen, som undviker att skapa nya risker och kan arbeta förebyggande, som kan hantera olyckor, kriser och katastrofer och arbeta med återuppbyggnad för att göra samhället ännu mer resiliënt. Målen är bl.a. att minska den globala dödligheten som orsakas av katastrofer, minska antalet personer som påverkas negativt av katastrofer, minska de ekonomiska förlusterna och skador på kritisk infrastruktur, öka antalet länder med nationella och lokala strategier för katastrofriskreducering, stärka det internationella samarbetet med utvecklingsländer samt att öka användningen av system för tidig varning och krisinformation.

Sveriges strategi för WHO-samarbete 2016–2019

Syftet med den av regeringen fastställda strategin för WHO-samarbetet är att bidra till genomförandet av Sveriges utvecklings- och hälsopolitik, i samstämmighet med Sveriges PGU och Agenda 2030. I strategin erkänner Sverige WHO som den ledande normativa och normgivande aktören inom globalt hälsoarbete samt lyfter WHO:s samordnande roll inom området hälsa i det globala humanitära systemet. Vikten av att WHO fungerar bra i samordning med övriga FN-systemet och nationella och internationella partners betonas i strategin. Sverige ska verka för genomförandet av de reformer som inletts till följd av ebolautbrottet för att klargöra och utveckla WHO:s operativa roll, mandat och arbete i händelse av internationella utbrott av smittsamma sjukdomar och andra hälsokriser. Som styrelseledamot i WHO (2015–2018) ska Sverige aktivt delta i formella och informella diskussioner och utöva inflytande genom aktivt deltagande vid styrelsemöten och i andra former av styrelsearbetet. Sverige ska även bidra med svensk expertis och, om möjligt, strategiska sekonderingar samt samarbeta tillsammans med likasinnade länder.

Sida:s och UD:s strategier för humanitärt bistånd

Sida är en ledande humanitär givare på grund av ett omfattande humanitärt bistånd, tillämpning av principerna om gott humanitärt givarskap och stärkande av det humanitära systemet. Regeringen fattade i januari 2017 beslut om en ny strategi för Sveriges humanitära bistånd genom Sida, som omfattar perioden 2017–2020.

För att uppnå det övergripande målet för Sveriges humanitära bistånd förväntas Sida bl.a. bidra till en behovsbaserad, snabb och effektiv humanitär respons, ett ökat inflytande för krisdrabbade människor samt stärkt kapacitet och effektivitet i det humanitära systemet. Jämställdhet, konfliktkänslighet och resiliens ska systematiskt integreras i det humanitära biståndet.

Vid det Humanitära toppmötet (World Humanitarian Summit, WHS) gjorde Sverige förutom ett antal kärnåtagande även ytterligare 47 specifika åtaganden inom områden såsom effektiv humanitär finansiering, samspel mellan humanitärt bistånd, långsiktig utveckling och hållbara lösningar samt jämställdhet. Sveriges åtaganden i WHS speglas i det biståndspolitiska

ramverket för Sveriges utvecklingssamarbete och humanitärt bistånd, samt i den svenska strategin för humanitärt bistånd genom Sida.

Regeringsuppdrag avseende totalförsvarsplanering

I december 2015 fick Försvarsmakten och MSB regeringens uppdrag avseende totalförsvarsplanering. Myndigheterna lämnade i juni 2016 förslag till gemensamma grunder (grundsyn) för en sammanhängande planering för totalförsvaret som bl.a. konstaterar att när Sverige utsätts för hot kommer dessa att mötas med beslutsamhet, det vill säga ett snabbt, tydligt och samordnat agerande. Vidare beskriver grundsynen att det krävs en aktörsgemensam inriktning och samordning, att sårbarheter och brister åtgärdas skyndsamt efter genomförda analyser och att denna typ av verksamhet prioriteras på högsta nivå i varje organisation. Det är viktigt att det civila försvaret bidrar till det militära försvarets operativa förmåga. Sverige ska kunna förebygga men också hantera en situation som föranleder höjd beredskap, vilket kräver ett resiliellt samhälle. Myndigheter på nationell, regional och lokal nivå uppmanas beakta de särskilda förhållanden som planeringen för totalförsvaret innebär.

Alla bevakningsansvariga myndigheter ska från och med 2016 återuppta planering för sin beredskap inom ramen för det civila försvaret⁵⁷. Folkhälsomyndigheten, MSB och Socialstyrelsen är bevakningsmyndigheter som har ett särskilt ansvar inför och vid höjd beredskap⁵⁸. MSB har dessutom ett ansvar att företräda det civila försvaret på central nivå i frågor som har betydelse för avvägningen mellan civila och militära behov av samhällets resurser om inte något annat följer av särskilda föreskrifter.

Försvarsmakten och MSB ska i juni 2017 redovisa en samlad bedömning av Försvarsmaktens behov av stöd från bevakningsansvariga myndigheter inför och under höjd beredskap samt dessa myndigheters möjligheter att tillhandahålla sådant stöd inom ramen för det civila försvaret.

Riksrevisionens rekommendationer

År 2011 publicerade Riksrevisionen en samlad bedömning av svenska bidrag till fredsfrämjande internationella insatser⁵⁹. Rapporten lyfter ett antal slutsatser som även återfinns i utvärderingar mer specifikt relaterade till det svenska humanitära biståndet bl.a. att styrning och rapportering av svenska bidrag inte utformats på ett samordnat sätt som skapar förutsättningar för ett effektivt resursutnyttjande. Civil-militär samverkan i praktiken överläts till personer som är utsända i fält, snarare än styrs av svensk politik på nationell nivå, som var fallet med Sida och Försvarsmakten i fallet Afghanistan. Svenska myndigheters engagemang i internationella sammanhang styrs i parallella processer vilket bidrar till att begränsa förutsättningarna för tydlighet kring hur samverkan skall bedrivas och hur synergier ska uppnås. Mål och motiv för svenska bidrag till internationella insatser bör konkretiseras och regeringen föreslås i sin styrning klargöra när och hur samverkan mellan svenska aktörer ska bedrivas.

⁵⁷ Enligt regeringsbeslut (II:16) regleringsbrev för budgetåret 2016 avseende Myndigheten för samhällsskydd och beredskap

⁵⁸ Enligt förordning (2006:942) om krisberedskap och höjd beredskap

⁵⁹ Publicerad 2011 Dnr: 31-2009-1449

Existerande finansiella instrument

Både nationella och internationella finansiella instrument är tillgängliga för utveckling och förvaltning av operativa resurser för hälso- och sjukvårdsresurser. De aktörsspecifika anslagen redovisas under nästkommande kapitel och här redovisas endast ett par exempel på externa anslag.

MSB fördelar årligen medel ur 2:4-anslaget Krisberedskap för att stärka olika myndigheters gemensamma nationella förmåga att förebygga och hantera kriser. Anslaget fördelas till särskilda projekt som främst stärker en gemensam förmåga efter särskild ansökan. Åtgärder för att upprätthålla myndigheters och verksamheters grundläggande förmåga i kris finansieras dock med egna anslagsmedel och inte med krisberedskapsanslaget.

Internationella insatser som ska genomföras inom ramen för myndigheters instruktion (såsom MSB:s) eller inom ramen för insatslagar (såsom katastrofmedicinska insatslagen) får endast genomföras under förutsättning att insatserna finansieras av någon annan än myndigheten. Det samma gäller vid insatser inom ramen för EU:s civilskyddsmekanism⁶⁰ där den part som efterfrågar stödet också förväntas finansiera insatsen⁶¹.

Sedan 2015 har Europeiska Kommissionen (DG-ECHO) utlyst ansökningsomgångar för så kallad ”buffertkapacitet” för att hantera tillfälliga brister i den europeiska beredskapen för extraordinära katastrofer. Dessa anslag finansierar en ökning av medlemsstaters befintliga förmåga så att denna förmåga kan bidra till att lösa tillfälliga brister i insatskapacitet vid extraordinära katastrofsituationer. Beviljade ansökningar kan få upp till 40 procent ersättning för direkta kostnader som kan härröras till själva säkerställandet av snabb tillgång till förmågan. Utöver detta får de med beviljade anslag full kostnadstäckning för utformning, förberedelser och förvaltning av nödvändiga avtal samt för utvecklingen av standardrutiner och övningar som kan säkerställa en effektiv användning av förmågan. EU har i år avsatt 2.4 miljoner euro för detta ändamål. Förmågor som efterfrågas är bl.a. hälso- och sjukvårdsresurser. I sin rapport om resurser i frivilligpoolen⁶² som publicerades februari 2017 lyfter Kommissionen att de höga driftskostnaderna som uppkommer vid längre insatser med stora resurser såsom EMT 2 och 3 och mobila laboratorier i nuläget inte är berättigade till medfinansiering inom ramen för befintliga avtal. Kommissionen bedömer att detta har bidragit till att färre medlemsstater registrerat sina tillgångar i EERC.

För humanitära biståndsinsatser har MSB, som enda svenska myndighet, överenskommelser med Sida inom två huvudområden: humanitära insatser i krisområden och katastrofriskreducering vilka inkluderar finansiering.

⁶⁰ Enligt §9 förordning (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap

⁶¹ Kommissionens genomförandebeslut den 16 oktober 2014 om tillämpningsföreskrifter för Europaparlamentets och rådets beslut nr 1313/2013/EU om en civilskyddsmekanism för unionen.

⁶² Report from the Commission to the European Parliament and the Council on progress made and gaps remaining in the European Emergency Response Capacity, Brussels, 17.2.2017 COM(2017) 78 final

Kapitel 2. Aktörsspecifika redogörelser

Folkhälsomyndighetens rapport

Behovsanalys

Folkhälsomyndighetens verksamhet är indelad i tre sakavdelningar. Vid avdelningen för Epidemiologi och utvärdering följs infektionssjukdomarnas epidemiologiska utveckling kontinuerligt och härifrån samordnas myndighetens beredskap och krishantering. Folkhälsomyndigheten har stor kompetens när det gäller övervakning av smittsamma sjukdomar och utvecklar och driver effektiva, robusta system för att följa folkhälsan och övervaka sjukdomsförekomst såväl nationellt som internationellt. Genomförda interventioner följs upp och prognoser för bedömning av effekt av möjliga interventioner tas fram. Myndigheten utför riskvärderingar och arbetar också tillsammans med landstingens smittskydd och andra myndigheter för att utreda och hantera förändringar av smittsamma sjukdomars epidemiologi, speciellt vid olika utbrott.

Vid avdelningen för Mikrobiologi tillhandahålls mikrobiologiska laboratorieanalyser som utgör ett komplement till de laboratorieanalyser som utförs vid kliniska mikrobiologiska laboratorier inom sjukvården. Till stor del utgörs dessa analyser av sådana som ingår i landets beredskap för högpåtagliga smittämnen (riskklass 3 och 4), som är av särskild relevans för landets smittskydd eller som utförs endast i liten omfattning (så kallade fåtalsanalyser). Beredskapsdiagnostiken är instruktionsenlig och omfattar akut diagnostik av vissa smittämnen, exempelvis blödarfebvirus (riskklass 4) i provmaterial från människa. Inom beredskapsdiagnostiken utförs även analys av potentiellt mycket farliga miljöprover där det finns risk för humanexposition samt misstanke om förekomst av smittämne i riskklass 3, exempelvis mjältbrandsbakterier. Folkhälsomyndighetens säkerhetslaboratorium är också det enda laboratoriet i Norden där det finns möjlighet att utföra laboratorieanalyser inklusive forskning på smittämnen i riskklass 4.

Folkhälsomyndigheten har gjort en kartläggning av nuvarande förmåga till nationella och internationella sjukvårdsinsatser inom myndighetens ansvarsområden följt av en behovsanalys baserat på myndighetens risk- och sårbarhetsanalys⁶³, litteratursökningar på relevanta områden, interna och externa möten samt seminarier och konferenser. Relevans för svensk beredskap och krishantering stod i centrum för behovsanalysen.

Mötet med representanter från EU:s DG-ECHO om en eventuell registrering inom European Medical Corps (EMC) och telefonmötet med WHO:s representant om riktlinjerna för Public Health Rapid Response Team (PHRRT) har varit särskilt givande. Diskussioner om ett nordiskt samarbete när det gäller internationella hälso- och sjukvårdsinsatser inleddes vid

⁶³ Folkhälsomyndighetens Risk- och Sårbarhetsanalys 2016

”Nordic Health Preparedness Conference” i Tampere, Finland och diskussionen fortsätter via Svalbardsgruppen. Vidare har Folkhälsomyndigheten deltagit i internationella möten för nätverken Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN), Emergency Medical Teams (EMT) och PHRRT.

Slutsatsen från kartläggningen och behovsanalys är att ett PHRRT bestående av två moduler (epidemiologisk förmåga och laborativ förmåga inklusive ett fältlaboratorium) är ett väl definierat och kostnadseffektivt sätt att möta framtida internationella hälsohot och bygger på Folkhälsomyndighetens särskilda kompetens.

Internationellt perspektiv

Spridning och utbrott av infektioner är växande problem. Även andra hälsohot kan spridas mellan länder. Därför har Sverige ett omfattande internationellt samarbete kring smittsamma sjukdomar och gränsöverskridande hälsohot.

Folkhälsomyndigheten är svensk kontaktpunkt gentemot EU och WHO med beredskap för hot mot människors hälsa, gränsöverskridande hot och åtaganden enligt Internationella Hälsoavtalet (IHR). Myndigheten arbetar inom ramen för *Global Health Security Agenda*, ett initiativ som syftar till att lyfta hälsosäkerhet till den globala agendan och verkar också för ökad implementering av IHR globalt. Myndigheten arbetar aktivt med *Joint External Evaluations* (JEE), för att dels utvärdera existerande kapacitet inom IHR hos utvalda länder, men också med syftet att stärka nyckelfunktioner inom detta legalt bindande ramverk. Inom EU samordnar hälsosäkerhetskommittén (Health Security Committee, HSC) det reglerande arbetet med gränsöverskridande hot mot människors hälsa och Folkhälsomyndigheten deltar i detta. Den internationella omvärldsbevakningen på myndigheten bygger bland annat på omfattande institutionella kontakter över hela världen. Datainsamling från övervakningssystem och epidemiologisk typning av vissa smittämnen bidrar till utbrottsdetektion, utbrottsutredningar, nationell kunskapsuppbyggnad och till att uppfylla internationella åtaganden.

År 2002 etablerades Central Fältepidemiologisk Grupp (CFG) i samverkan med dåvarande Smittskyddsinstitutet (SMI) och med medverkan av Försvarsmakten och dåvarande Räddningsverket. Gruppens uppdrag var att bistå den lokala smittskyddsorganisationen med kompetens och kapacitet vid utredningar av oklara utbrott av smittsamma sjukdomar. Denna beredskapsgrupp kunde användas i både nationella och internationella händelser och bestod av ett 30-tal personer som kunde rycka ut med mycket kort varsel och vara på plats inom 24–48 timmar. Gruppen deltog under de första åren i flera uppdrag både vid nationella och internationella utbrott i samarbete med bland annat GOARN inom WHO. CFG löstes upp i och med omorganisationen av SMI eftersom gruppen dels utnyttjats relativt lite under de senaste åren och svensk nationell expertis nu var samlad på en myndighet med ansvar att stödja landstingen vid större utbrott. Mycket av erfarenheten från detta finns kvar på Folkhälsomyndigheten.

Myndigheten bidrar också till utbildningsprogrammen The European Programme for Intervention Epidemiology and Training (EPIET) och European Programme for Public Health Microbiology Training (EUPHEM), där

fältepidemiologisk respektive mikrobiologisk träning för hälsopersonal inom EU ingår.

Internationell hotbild

Det är viktigt att skilja mellan naturkatastrofer (t.ex. jordbävning, översvämning), sjukdomsepidemier (t.ex. ebola, gula febern) och antagonistiska attacker när en internationell insats planeras och sänds ut eftersom hotbilden kan variera över tid.

En naturkatastrof innebär i sig inte spridning av infektionssjukdomar utan sjukdomspanoramat utvecklas i det efterföljande förloppets 3 distinkta faser:

- fas 1 (0–4 dagar efter naturkatastrofen) akuta skador som uppkommit i direkt anslutning till katastrofen (direkta dödsfall, trauman)
- fas 2 (4 dagar–4 veckor) spridning av akuta infektioner (luftvägsinfektioner, diarrésjukdomar, akuta febersjukdomar) ökar i omfattning till följd av sönderslagna samhällsstrukturer (vatten, hygien, sjukvård) som ofta kan vara polymikrobiella (samtidig spridning av mässling, kolera och malaria)
- fas 3 (4 veckor och framåt) mer långsamväxande epidemier av redan etablerade infektioner på grund av bristande sjukvårdsresurser (t.ex. tuberkulos) eller importerade infektioner på grund av förändringar i naturliga förhållanden inklusive tillväxt av vektorer för sjukdomsspridning (till exempel myggor som kan sprida denguefeber). Etablerade diarrésjukdomar kan fortsätta spridas under en lång tid som var fallet med kolera på Haiti⁶⁴.

Om ordinarie sjukvårdssystem och epidemiologiska övervakningssystem raseras försvåras folkhälsoarbete inklusive preventiva åtgärder som vaccinationer. Därför är en snabb uppbyggnad av sjukdomsövervakning med epidemiologisk expertis av största vikt för att i tid kunna upptäcka och identifiera den eller de infektioner som hotar en redan drabbad befolkning; en översvämning eller en jordbävning med påföljande destruktion av hygieniska infrastrukturer kan leda till samtidiga epidemier med flera smittämnen.

Sjukdomsepidemier som utlösande faktor för en medicinsk katastrof uppträder exempelvis då infektionssjukdom introduceras i en befolkning som saknar föregående immunitet eller exposition för smittämnet, eller t.ex. om smittämnet återkommer med förändrade antigena egenskaper som kan förbigå en tidigare etablerad immunitet i befolkningen. Bristande tillgång till eller upprätthållande av förebyggande åtgärder som vaccinationer kan orsaka att en sjukdom som annars kan hållas under kontroll plötsligt får epidemisk spridning (till exempel gula febern, polio, mässling). Under de senaste 2–3 åren har flera utbrott (ebola, gula febern) visat på vikten av epidemiologiskt smittskyddsarbete och laboratoriekapacitet med hög biosäkerhet, inte bara under den första fasen av en epidemi men även för att kunna följa epidemins utveckling och slut.

Nationellt perspektiv

I myndighetens samordnande roll ligger ett ansvar för att identifiera och analysera signaler som kan tyda på begynnande nationella utbrott av smitt-

⁶⁴ Orata FD, Keim PS, Boucher Y (2014) The 2010 Cholera Outbreak in Haiti: How Science Solved a Controversy. PLoS Pathog 10(4): e1003967. doi:10.1371/journal.ppat.1003967

samma sjukdomar eller förändringar i sjukdomarnas epidemiologi. Det finns en bred erfarenhet från olika datainsamlingsmetoder och från utveckling av nya metoder för snabb datainhämtning och analys. Myndigheten samverkar med andra myndigheter som har angränsande uppdrag inom smittskyddsområdet och mikrobiologisk laboratorieberedskap som Socialstyrelsen, Statens Veterinärmedicinska Anstalt (SVA), Jordbruksverket, Läkemedelsverket och Totalförsvarets Forskningsinstitut (FOI) vid allvarliga sjukdomsutbrott i landet. Kontinuerlig uppföljning och analys ger underlag till sjukvård och andra aktörer för nödvändiga insatser som begränsar och stoppar större utbrott och epidemier. Denna samverkan är en viktig del i den svenska beredskapen för att hantera smittsamma sjukdomar.

Folkhälsomyndigheten medverkar aktivt i det av MSB koordinerade samverkansområdet för farliga ämnen (SOFÄ) där myndigheter, kommuner, landsting och länsstyrelser samverkar för att förstärka samhällets förmåga att hantera fredstida krissituationer och vid höjd beredskap inom området⁶⁵. Myndigheten ansvarar för beredskap kring zoonossamverkansgruppen vilken sammankallas i akuta situationer vid konstaterade zoonosutbrott eller då oro för sådana utbrott sprids i samhället och det finns ett behov av samordnad information. Samverkan med landstingens smittskyddsenheter sker löpande, bland annat genom att de en gång i veckan deltar i myndighetens dagliga s.k. 11-möte där nationella utbrott och andra relevanta händelser samt internationella utbrott av potentiell relevans för Sverige diskuteras.

Relevans för svensk krishanteringsförmåga

Inom Folkhälsomyndighetens ansvarsområden är övervakning och stöd till hanteringen av allvarliga smittsamma sjukdomar och övriga hälsohot samt beredskapsdiagnostik för högpatogena smittämnen klassade som samhällsviktiga verksamheter och funktioner. Myndigheten ska planera för att denna verksamhet ska kunna utföras såväl under kris som under höjd beredskap. Ett PHRRT med fältepidemiologisk och laboriemässig kompetens utformat för internationella insatser gynnar även den svenska beredskapen och krishanteringsförmågan genom att:

- minska sårbarheten i myndighetens krishantering
- stärka vår förmåga att hantera sällan-händelser i Sverige
- stärka det civila försvaret genom att vara en viktig resurs vid framtida händelser
- bidra till kapacitetsutveckling och kompetensutveckling för relevant epidemiologisk och laborativ personal.

Civilt försvar

Det civila försvaret ska upprätthålla samhällets grundläggande funktioner, skydda civilbefolkningen och bidra till Försvarmaktens förmåga vid ett väpnat angrepp eller krig i vår omvärld. Folkhälsomyndighetens expertstödsfunktion i kombination med en effektiv omvärldsbevakning är avgörande för att hindra smittspridning och hantera andra uppkomna hälsohot, både i normaltillstånd, under kris och vid höjd beredskap. Vid höjd beredskap, i ett krigsläge eller då Folkhälsomyndighetens säkerhetslaboratorium är utslaget behövs en förmåga till extern laboratoriekapacitet som kan hantera och utföra

⁶⁵ Förordning (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap.

diagnostik för smittämnen i framför allt riskklass 3 och 4. Fältepidemiologisk expertis inom ”sällan”-händelser som epidemiska katastrofer är en viktig resurs för landstingen och smittskyddens beredskap. Det är en också värdefull resurs vid kraftigt ökad belastning på sjukvårdssystemet orsakad av exempelvis pandemi eller bioterrorism. Avsiktlig spridning av smittämnen är ett möjligt framtidsscenario som har potential att orsaka stor skada. Epidemiologisk expertis kan här bidra med analys av epidemins utveckling, symptom och sjukdomsmönster etc., för att bistå ansvariga aktörer med att snabbt kunna avgöra om det handlar om avsiktlig smittspridning och vilket smittämne det gäller. Framför allt stärks det svenska civila försvaret av kapacitetsutvecklingen beskriven nedan.

Kapacitetsutveckling

Den svenska kapaciteten och förmågan att hantera kriser på nationell nivå skulle öka genom att svensk personal deltar i nationella och internationella övningar samt internationella uppdrag. Synergieffekterna av detta är stora. Erfarenheten gynnar inte bara dem som själva deltagit i uppdrag utan kan överföras till andra medarbetare genom utbildningstillfällen och workshops. Under Ebolautbrottet 2014–2015 tjänstgjorde flera av myndighetens medarbetare vid *European Mobile Laboratory Project* (EMlab) och *European West Africa Mobile Lab* (EUWAlab), som då var kontrakterade av WHO. Detta var en värdefull erfarenhet såväl för de individer som direkt deltog i arbetet som för utvecklingen av myndighetens arbete på hemmaplan. Internationella uppdrag i länder där hos oss ovanliga smittämnen är vanligt förekommande är också ovärderligt för att upprätthålla myndighetens epidemiologiska och laboratoriemässiga kompetens och beredskap. Framför allt medför detta till att hanteringen av nationella utbrott kan blir mer effektiv och mindre sårbar.

Nationell hotbild

Nyligen presenterade regeringen för första gången en nationell säkerhetsstrategi⁶⁶. Bland de identifierade hoten mot vår säkerhet ingår hälsohot, såsom smittsamma sjukdomar. Rapporten understryker den gränsöverskridande och föränderliga dimensionen av dessa hälsohot, vilket bidrar till en oförutsägarhet. Eftersom en majoritet av nya infektionssjukdomar är zoonoser understryks även kopplingen mellan människor, djur och miljö; dvs. One Health, vilket är något Folkhälsomyndigheten lägger stor vikt vid. Som åtgärd för att hantera hälsohot ska *Sverige verka för stärkt global förmåga att upptäcka och hantera hälsohot genom implementering av IHR, och det svenska krishanteringssystemet måste fortsätta att leva upp till kraven i reglementet*⁴. Folkhälsomyndighetens förslag på svensk förmåga för att delta i internationella hälso- och sjukvårdsinsatser ligger helt i linje med den nationella säkerhetsstrategin, och även med det internationella arbetet med implementering av internationella hälsoreglementet (IHR). Ett PHRRT är en viktig del av de resurser som krävs för hantering av olika typer av hälsohot, både nationellt och internationellt. En myndighetsövergripande utveckling inom detta område leder även till att övade samordnings- och samverkansstrukturer finns på plats.

⁶⁶ <http://www.regeringen.se/48e36d/contentassets/a02552ad9de94efcb84154b0f6ed76f9/nationell-sakerhetsstrategi.pdf>

Förändrade kontaktytor mellan människor och djur kan öka risken för zoonotiska smittor och allvarliga infektioner som ebola, fågelinfluensa och MERS-Coronavirus⁶⁷. Tillgången till högisoleringsvård för högsmittsamma infektionssjukdomar är ojämnt fördelad över landet och saknar en nationell inramning. Den nationella laboratorieförmågan att diagnosticera underliggande smittämnen är dock god, men praktiska epidemiologiska erfarenheter om hantering av smittspridning för denna typ av smittor är begränsade eftersom de är sällan-händelser.

Händelser med farliga ämnen utgör ett samhällshot. Antalet biologiska ämnen såsom virus, bakterier och andra mikroorganismer som kan orsaka skador på människor, djur och växter, är mycket stort och skadeeffekterna varierar mellan olika ämnen. Utmärkande för biologiska ämnen är att många av dessa är smittsamma och ofta förekommer naturligt.

Avsiktlig eller oavsiktlig skada på civilsamhällets infrastruktur kan få allvarliga konsekvenser för folkhälsan, inte minst på regional nivå. Som illustration kan nämnas det dricksvattenburna utbrottet av cryptosporidium-infektion i Östersund 2010–2011 som drabbade 27 000 personer. I en sådan situation kan en mobil epidemiologisk enhet tänkas vara till stor nytta genom att stärka lokal och regional förmåga till analys och motåtgärder.

Existerande strukturer

EU – European Medical Corps (EMC)

EMC lanserades i februari 2016 av EU för att bidra till WHO:s Global Health Emergency Workforce (GHEW) och är en del av *Emergency Response Coordinating Centre* (ERCC). Det utgör ett nytt ramverk för att mobilisera medicinska och folkhälsoexperter samt team för beredskap och insatser inom och utanför EU. Inom EMC har ett stort behov av mobila fältlaboratorier i olika dimensioner och med kapacitet att hantera smittämnen i riskklass 2–4 identifierats⁶⁸. För närvarande finns två mobila fältlaboratorier (B-Life laboratory från Belgien samt EMLab från Tyskland) registrerade hos EMC. Ingen av dessa enheter har dock tillhörande fältepidemiologisk förmåga vilket beskrivits som önskvärt vid möte med representanter från DG-ECHO. Grundtanken med Folkhälsomyndighetens (i samarbete med MSB och Socialstyrelsen) föreslagna förmåga är just att kombinera laboratoriekapacitet i fält med stor förmåga och hög kvalitet med samtränad infektionsepidemiologisk expertis för att inte bara kunna svara på frågan ”vad orsakar denna epidemi” utan också ”hur utvecklas denna epidemi och på vilka sätt går epidemin att stoppa?”

En av många fördelar med att registreras inom EU:s frivilligpool (där EMC är en del) är de olika finansieringsmöjligheter som medföljer. Finansiering kan till exempel erhållas helt eller delvis för att anpassa existerande verksamhet till att även kunna användas utomlands, för träning och utbildning samt för transportkostnader vid fältuppdrag. Registrerings- och certifieringsprocessen till EMC är likartad den till WHO (se nedan) och syftar till att säkerställa en hög kvalitet på medverkande team och förbättra koordination vid framtida insatser.

⁶⁷ Folkhälsomyndighetens Risk- och Sårbarhetsanalys 2016

⁶⁸ Möte med representanter för DG-ECHO i Bryssel, 6 september 2016.

WHO – Emergency Medical Teams (EMT) och Public Health Rapid Response Teams (PHRRT)

Dokumentet "Classification and Minimum Standards for Foreign Medical Teams in Sudden Onset Disasters"⁶⁹ publicerades hösten 2013 och var startskottet för registrerings- och klassificeringsprocessen inom WHO för akutmedicinska team (EMT), främst inom traumavård och sjukvård efter naturkatastrofer. De så kallade PHRRT syftar istället på team med bred och varierad expertis. Dessa sänds främst ut via bilaterala avtal mellan hälsoministeriet hos landet ifråga och utsändande myndighet. Ett svenskt PHRRT med epidemiologisk och laborativ förmåga passar väl in i WHO:s GHEW-initiativ. Det finns ett stort behov av denna typ av kapacitet även på EU-nivå och båda aktörerna ser vikten av att samordna sina system, vilket underlättar för team att gå igenom registrerings- och certifieringsprocessen. Framöver kommer dessutom alla typer av EMT behöva omfatta även expertis inom såväl epidemiologi som folkhälsa eftersom erfarenheter från tidigare uppdrag har påvisat brist på detta.

Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN)

Sveriges inblandning i GOARN är för närvarande relativt begränsad, framför allt p.g.a. brist på finansiering och strukturer för svenska experter att åka ut på dessa uppdrag. Upprättandet av ett svenskt PHRRT skulle vara en värdefull resurs till det internationella samfundet.

Resurser, utveckling och förvaltning

Utifrån Folkhälsomyndighetens uppdrag och specifika kompetens föreslås ett modulbaserat team med expertis inom epidemiologi, mikrobiologi och laborativt arbete, som ett bidrag till internationella hälso- och sjukvårdsinsatser. Detta förslag består av två moduler som kan användas separat eller tillsammans beroende på situation och uppdrag. Ett utsänt team ska snabbt kunna skalas upp eller ner, både vad gäller antal och storlek på inkluderade moduler vilket ökar såväl användbarheten som kostnadseffektiviteten. I många fall kommer det handla om att sända enskilda experter, med antingen epidemiologisk, mikrobiologisk eller laborativ kompetens. Modulerna ska kunna kopplas till ett svenskt eller internationellt medicinskt eller laborativt team, alternativt till existerande nationell struktur (sjukhus, laboratorium, nationell myndighet etc.).

I första hand utgörs utsänd personal av personer anställda på Folkhälsomyndigheten. Fördelarna med detta är många; snabb tillgång till personal och resurser, intern kapacitetsutveckling och kunskapsöverföring, standardiserade rutiner för personalfrågor (löner, försäkringar etc.). Vid större insatser där större personalstyrka med längre närvaro krävs kan personal även rekryteras från relevanta myndigheter och universitet. Vid behov kommer även personal i stödfunktioner som exempelvis säkerhet och IT bistå med kompetens. Dessa kommer företrädesvis från MSB som har stor erfarenhet inom internationella insatser och kan bistå med koordinering och logistikexpertis. Medicinsk evakuering av utsänd personal med potentiella högrisksjukdomar sker via upphandlade personalförsäkringar, för vilka rutiner utvecklades under Sveriges medverkan i insatsen vid ebolautbrottet i Västafrika. Tillgången till

⁶⁹ http://www.who.int/hac/global_health_cluster/fmt_guidelines_september2013.pdf

högisoleringsvårdplatser i Sverige är begränsad, vilket är en identifierad sårbarhet.

Folkhälsomyndighetens förslag till permanent hälso- och sjukvårdsförmåga för deltagande i internationella insatser

Den föreslagna övergripande strukturen som Folkhälsomyndigheten föreslår går under benämningen *Public Health Rapid Response Team* och ska omfatta:

1. epidemiologisk förmåga
2. laborativ förmåga, inklusive fältlaboratorium med kapacitet att analysera prover vilka misstänks innehålla smittämnen i framförallt riskklass 3 eller 4.

Nedan följer en kortfattad beskrivning av respektive modul. Mer detaljerade beskrivningar samt tids- och kostnadsbeskrivning återfinns i bilaga 2.

Tänkbara scenarier för insats av Folkhälsomyndighetens PHRRT är sammanfattade i bilaga 3.

Epidemiologisk förmåga

Syfte

Det epidemiologiska arbetet omfattar olika former av datainsamling och analys för att möjliggöra identifiering av behov och styrning av insatser. Arbetet varierar med situation och uppdrag, men övergripande är syftet att stärka eller vid behov ersätta lokal epidemiologisk förmåga vid insatsen. Vid behov kan särskilt fokus läggas vid att stärka integrationen av laboratorieverksamhet för att komplettera det epidemiologiska arbetet.

Arbetet struktureras beroende på uppdrag, men den epidemiologiska personalen kommer troligast ingå i och bidra till en större nödhjälpsinsats och organisation i samarbete med lokala och nationella hälsomyndigheter. En viktig princip är att bygga på lokala system där det är möjligt och att hela tiden arbeta utifrån att bygga kapacitet i landet eller området. Efter den akuta insatsen bör det epidemiologiska arbetet kunna drivas vidare utan eller med mindre stödinsatser.

Typ av uppgifter vid insatser

Det epidemiologiska arbetet varierar med situation och uppdrag, men kan omfatta:

- Riskanalys och behovsinventering
- Styrning av insatser och interventioner
- Identifiering av utsatta grupper
- Etablering datainsamling och system för övervakning
- Etablering av eller förstärkning av kommunikations mellan epidemiologer, fältlaboratorium och vårdenheter.
- Kontaktspårning
- Kunskapsöverföring genom träning och utbildning av hälso- eller folkhälsopersonal för långsiktig kapacitetsutveckling

- Etablering av eller förstärkning av system för M&E (monitoring and evaluation).

Expertis

Fältepidemiologisk kompetens: senior epidemiolog med erfarenhet av ledarskap och koordination av hjälpinsatser, utbrotsutredningar, etablering övervakningssystem och beslut om interventioner (exempelvis vaccination). Junior epidemiolog med erfarenhet av etablering och utvärdering av övervakningssystem samt utbrotsutredningar. Vid många händelser är det önskvärt att inkludera personal med medicinsk kompetens och erfarenhet från exempelvis utveckling och revision av standardrutiner (S.O.P), utbildning av vårdpersonal i hantering av kliniska fall, vårdhygien och infektionskontroll. Arbetsuppgifterna omfattar inte klinisk vård.

Alla experter måste trivas i teamarbete, ha relevanta språkkunskaper, kunna prioritera och tåla hög arbetsbelastning och arbeta under stress med korta deadlines. Experterna bör vara beredda att vara utstationerade i minst 6 veckor, även om utstationeringstiden varierar med uppdrag. Meriterande för alla experter är erfarenhet från humanitärt nödhjälsarbete och från arbete inom relevanta områden som t.ex. utbrotsutredningar, både från låg- och höginkomstländer.

Utrustning

Det behövs utrustning för att säkert kunna ta sig fram och genomföra och leda fältepidemiologiska undersökningar:

- Grundutrustning (t.ex. ryggsäck, fältkläder, myggnät, första hjälpen, vattenreningstabletter)
- Utrustning för kommunikation inom teamet (t.ex. datorer, mobiltelefon, satellittelefon) för att dagligen kunna kommunicera t.ex. situationsrapporter och epidemiologiska data med insatsledning och laboratoriepersonal
- Enkla och anpassningsbara elektroniska rapporteringssystem (t.ex. mjukvara för att kunna bygga databaser som kan samlas centralt från mobiltelefonrapportering från fältet)
- Material för provtagning och transport (se nedan under laborativ förmåga)
- Skyddsutrustning för att kunna undersöka fall och ta prover (t.ex. handskar, munskydd).

Bemannning

När det gäller bemanning kan en insats bestå av allt från en enskild expert med eftersökta kunskaper som skickas ut för att komplettera pågående insatser, till ett större team med seniora och juniora epidemiologer inklusive medicinsk expertis tillsammans med laboratoriepersonal (beskrivs nedan). Eftersträvarsvärt är att alltid ha åtminstone en senior och en junior epidemiolog för kunskapsöverföring och kapacitetssuppletering. Ett typexempel på ett team med bred expertis är 1 senior epidemiolog och 1–3 juniora epidemiologer, där antingen någon av epidemiologerna eller ytterligare en expert har medicinsk kompetens.

Laborativ förmåga och fältlaboratorium

Syfte

En viktig och övergripande uppgift är att stärka den lokala laborativa förmågan vid insatsen genom samarbete med redan befintlig laborerande och teknisk personal. Modulen laborativ förmåga består av personal som kan skickas ut på olika uppdrag, till exempel en expert utsänd för att utveckla en viss typ av diagnostik. Ett uppdrag kan bestå av 2–3 personer som tillsammans med epidemiologer ska assistera smittspårning och analys av provmaterial av okänt ursprung i befintligt laboratorium (nationellt eller mobilt fältlaboratorium i annan regi än Folkhälsomyndigheten). Vid behov kan de ha med viss utrustning och reagenser. I modulen kan även ett fältlaboratorium av varierande storlek ingå. Det primära syftet med ett fältlaboratorium är att vid behov snabbt kunna bistå drabbade länder i den kritiska tidiga fasen av ett sjukdomsutbrott, då snabb diagnostik är essentiellt för att hantera och begränsa utbrottet.

Typ av uppgifter vid insatser

Laborativa uppgifter innebär hantering av provmaterial med potentiellt innehåll av högsmittsamma eller högpåtagena ämnen. I laboratoriet kommer provmaterialet att prepareras, oftast blod som ska separeras till serum eller plasma eller celler som renas fram, men även annat (e.g. urin, saliv) kan utgöra provmaterial som diagnosticeras med serologiska eller molekylärbio-logiska metoder.

Testresultaten kommer att analyseras och sammanställs till slutligt svar utifrån förekomst eller frånvaro av agens eller immunologisk reaktion. Övriga uppgifter innefattar att etablera och träna hälsopersonal i hantering av biorisker bland annat säker provtagning, provhantering, provtransport och förvaring samt utföra och träna hälsopersonal i patientnära diagnostik.

Expertis

För att stärka det lokala laboratoriet behöver befintliga anställda och personal från Sverige när så är möjligt arbeta tillsammans i det lokala laboratoriet. Utsänd laborerande personal måste ha god laboratorievana och en grundläggande förståelse för säker hantering av provmaterial både för att skydda provmaterialet (kvalitetskrav) och personal (säkerhets-/arbetsmiljökrav). Förberedande utbildning av relevant diagnostisk metodik och biosäkerhet krävs. Vid viss typ av insats kan det krävas erfarenhet av arbete i till exempel P3 laboratorium eller annan specialkompetens. Meriterande för personal från Sverige är att ha arbetat med diagnostik i utvecklingsländer. Samarbetsförmåga och erfarenhet av arbete i resursbegränsade förhållanden under press bör värdesättas. Inom det mobila fältlaboratoriet behövs laborativ personal, teknisk personal och logistiskt stöd. Teknisk personal och logistiskt stöd kommer med fördel från MSB och är beskrivet i mer detalj i denna del av rapporten.

Utrustning

Vid behov kan delar av utrustning beskriven nedan tas med av utsänd laborativ personal. Ett kostnadseffektivt system för ett mobilt fältlaboratorium är ett så kallat väsklabb där all utrustning samt reagenser och säkerhetsutrustning ryms i x antal väskor. Detta system användes bland annat av

EMLab under Ebolautbrottet i Västafrika och har många fördelar⁷⁰. En klar fördel är att det är portabelt och kan tas med som incheckat bagage på reguljärflyg, för att därefter sättas upp antingen i tält anpassade för denna typ av verksamhet eller i lämplig byggnad på plats. De tillfälliga laboratorielokalerna måste anpassas till planerad verksamhet avseende el, vatten, luftkonditionering, bänkar och stolar. Viktigt är att man säkerställer ingående jämn och stabil tillförsel av elektricitet. Vissa laboratoriemoment kan fordra mikrobiologisk säkerhetsbänk för att säkerställa personalens säkerhet. Använt laboratoriematerial och överblivna reagenser måste kunna förbrännas på säkert sätt. Detta gäller även kontaminerat material.

Ett väsklabb kan anpassas och modifieras efter rådande sammanhang genom att det är helt skalbart och uppbyggt i moduler. Det innebär att ett mobilt fältlabb kan varieras beroende på insatsen och att antal väskor med innehåll bestäms av insatsens storlek och typ av analysbehov. En väskmodul innehåller till exempel allt materiel för skyddsutrustning. En annan väskmodul innehåller utrustning och reagenser för PCR-analys av prover, osv. Ett väsklabb är dessutom kostnadseffektivt. Kostnaden för det mobila väsklaboratoriet som användes under Ebolautbrottet av EMLab uppskattades till 150 000 euro, vilket inkluderar den totala kostnaden för utrustning och reagenser samt 50 dagars drift. Detta är tiofalt mindre än en uppskattning av kostnaden för ett s.k. container-laboratorium med liknande kapacitet. Ytterligare fördelar är den relativt enkla förvaringen av de väskor som utgör fältlaboratoriet när det inte används.

Bemannning

Den laborativa förmågan anpassas efter den aktuella situationen och kan bestå av allt från 1–2 experter till ett team stort nog att bemanna ett fullskaligt fältlaboratorium. Egen diagnostisk verksamhet fordrar 2–3 laborerande personal samtidigt i laboratoriet. Teknisk personal krävs för att bygga upp och förbereda laboratoriet för insatsen. Folkhälsomyndigheten har inlett en dialog med MSB angående stöd för logistik, personal och utbildning. Detta beskrivs mer detaljerat i MSB:s avsnitt och i bilagor. Servicepersonal för teknik och infrastruktur bör finnas tillgängligt vid behov och bestå av 1–2 anställda. Bemanningsstyrka från Sverige är beroende på insatsens typ och krav på beredskap per dygn och vecka. Arbetet bör i möjligaste mån planeras i samarbete med lokal laboratoriepersonal.

Beslut om insats

Många av de händelser som kan ligga till grund för en PHRRT-insats handlar om ett påvisat eller befarat utbrott av smittsam sjukdom (se tabell över beskrivna scenarier) där Folkhälsomyndigheten spelar en central roll.

Nationella händelser

Folkhälsomyndigheten har genom sin samordnande roll för landets smittskydd tät kontakt med landstingens smittskyddsenheter. Myndigheten är också bevakningsansvarig myndighet vilket innebär en dygnet runt-

⁷⁰ Wölfel R, Stoecker K, Fleischmann E, Gramsamer B, Wagner M, Molkenhain P, Di Caro A, Günther S, Ibrahim S, Genzel GH, Ozin-Hofsäss AJ, Formenty P, Zöller L. Mobile diagnostics in outbreak response, not only for Ebola: a blueprint for a modular and robust field laboratory. Euro Surveill. 2015;20(44):pii=30055. DOI: <http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2015.20.44.30055>

bemannning med tjänsteman i beredskap (TiB) vilket garanterar omedelbar tillgänglighet för andra myndigheter och aktörer på statlig och regional nivå. Genom dessa kanaler kan myndigheten mycket snabbt fånga upp signaler om händelser eller ta emot begäran från exempelvis regional myndighet om stöd med olika kombinationer av epidemiologisk och laborativ kompetens.

Internationella händelser

Folkhälsomyndigheten är nationell kontaktpunkt för WHO:s nätverk för bevakning av globala hälsohot (IHR i kraft sedan 2005) liksom för motsvarande samverkan på europeisk nivå som koordineras från EU:s hälsosäkerhetskommitté. Även dessa uppdrag sköter myndigheten 24/7. Genom dessa kanaler kan initiativ till internationella insatser som svar på främst epidemiska sjukdomshot snabbt hanteras av Folkhälsomyndigheten i samarbete med Socialstyrelsen och MSB beroende på händelsens särart och storlek.

Beslutsrutiner för både mindre insatser med expertstöd samt större mer omfattande insatser kommer tas fram, med syftet att snabbt kunna besluta om insatser.

Samverkansbehov

För att lyckade insatser krävs samarbete med andra aktörer. Vid större insatser där logistikbehoven är omfattande planerar Folkhälsomyndigheten ett nära samarbete framför allt med MSB. På plats samverkar man med medicinska team på plats. Vid utbrott av zoonosssjukdomar finns ett stort behov av att samverka med SVA och Jordbruksverket, både för att nyttja deras kunskap inom området men även för att vid behov inkludera laborativ och utbrottsepidemiologisk personal. Andra viktiga aktörer inom internationellt hälso- och sjukvårdsarbete är Sida, Försvarmakten och frivilligorganisationer.

Att stärka den nordiska krisberedskapen genom gemensamma insatser har många fördelar och ett nära samarbete kan ge ökad förmåga att gemensamt hantera gränsöverskridande hälsohot inom Norden och internationellt. Både Norge och Danmark arbetar med liknande uppdrag (förslag till förmåga att delta i internationella hälso- och sjukvårdsinsatser) och en samordning på nordisk nivå skulle vara fördelaktigt ur ett logistiskt och finansiellt perspektiv. Just uthålligheten vid längre insatser bedöms vara ett problem och det blir fördelaktigt att gå ihop med övriga nordiska länder. Vidare finns det mycket kunskapsöverföring som kan ske nordiska länder emellan.

Internationell samverkan kan ske med både EU och WHO genom att myndighetens PHRRT registreras och klassificeras via dessa system. Myndigheten ämnar även samverka med andra mobila laboratorier och delta i expertnätverket GOARN.

Tids- och kostnadsuppskattning för uppbyggnad och förvaltning

Den fortsatta planeringen för ett svenskt PHRRT involverar fortsatt och fördjupad dialog med DG-ECHO angående registrering och finansiering via EMC. Innan detta kan ske krävs dock ett beslut från regeringen att registrera föreslagen förmåga. En utökad kommunikation med de nordiska länderna, framför allt de som har liknande pågående arbeten är nödvändig. Folkhälso-

myndigheten kommer också att fortsätta delta i PHRRT- och EMT-möten med WHO/GOARN. Vid utvecklandet av ett fältlaboratorium anser myndigheten att det är värdefullt att ta lärdom av liknande tidigare projekt, och ämnar bland annat besöka EMLab vid Bundeswehr Institute of Microbiology, Tyskland.

MSB:s rapport

Behovsanalys

Enligt Sveriges nya Nationella säkerhetsstrategi⁷¹ måste säkerhetsfrågorna ses ur ett betydligt bredare perspektiv än tidigare. Säkerhet för människor i Sverige handlar inte enbart om att rusta sig för att möta militära hot och väpnade angrepp – även om detta är kvar som en kärnuppgift för staten. Till det bredare säkerhetsarbetet måste också räknas skydd mot epidemier och smittsamma sjukdomar, kamp mot terrorism och organiserad brottslighet, att åstadkomma säkra transporter och pålitlig livsmedelsförsörjning, skydd mot avbrott i energileveranser, motarbetande av en förödande klimatförändring, insatser för fred och global utveckling, och mycket annat.

Kriser och hot kan uppstå snabbt, men de kan också ha långsamma förlopp. Oavsett tidsperspektiv bör det finnas en grundläggande förmåga i samhället att aktivt handla för att möta sådana kriser och hot. I strävan att stärka denna förmåga är kunskap om roller och ansvar och en fungerande planering och samverkan särskilt angelägen.

I takt med att hoten blivit globala och vi blivit allt mer beroende av vår omvärld blir också den internationella dimensionen av vår säkerhet allt viktigare. Grundläggande för den gemensamma säkerheten är kunskap, samverkan, utbyte och nära samarbete med andra länder och aktörer.

Internationellt perspektiv

Grunden för den nutida internationella ordningen är de politiska och ekonomiska institutioner som etablerades efter det andra världskriget, med FN-stadgan som kärna. Under 2015 slöts flera globala avtal som alla länder nu ska implementera; Agenda 2030⁷², Sendairamverket om katastrofriskreducering⁷³ och Klimatavtalet⁷⁴. Hälsofrågor avspeglas allt mer i dessa avtal, bl.a. i Sendairamverket och dess övergripande mål som att minska antal döda och drabbade människor vid kriser och katastrofer, att minska konsekvenserna på samhällsviktiga funktioner som sjukhus och skolor och att öka internationell samverkan.

Sveriges intressen är särskilt nära sammanbundna med våra nordiska och baltiska grannländers, med EU:s och med övriga Europas. Regeringens inriktning är att ytterligare stärka EU som utrikes- och säkerhetspolitisk aktör och att Sverige aktivt ska bidra till att försvara, anpassa och stärka världsordningen med FN i navet för att kunna hantera växande globala utmaningar kring säkerhet och utveckling i en föränderlig tid⁷⁵ och att Sverige ska vara en trovärdig och efterfrågad partner i det internationella samarbetet.

Internationellt är utmaningarna stora kring både katastrofriskreducerande arbete och hantering av katastrofer. Även om antalet omkomna vid stora katastrofer minskar så ökar de ekonomiska konsekvenserna av katastrofer internationellt. Drivkrafter som klimatförändringar och urbanisering i framförallt de minst utvecklade delarna av världen bidrar, men även bris-

⁷¹ Regeringskansliet, Statsrådsberedningen. Januari 2017

⁷² Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development

⁷³ Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015–2030

⁷⁴ FCCC/CP/2015/L.9/Rev.1 - Adoption of the Paris Agreement

⁷⁵ Regeringskansliet, Statsrådsberedningen. Januari 2017

tande kapacitet att både förebygga och effektivt hantera uppstådda kriser och katastrofer.

Kriser är till sin natur gränslösa och svensk krisberedskap är en del av den internationella och globala beredskapen att hantera kriser. Andra länders kriser och sårbarheter får konsekvenser också för svensk säkerhet och beredskap. Att ta till vara erfarenheter från internationella insatser är viktigt för den nationella beredskapen, och omvänt. Sverige bidrar till att påverka utvecklingen, hanteringen och beredskapen i andra länder, och på motsvarande sätt är den nationella förmågan och beredskapen beroende av andra länders möjligheter att bistå vid situationer då de svenska resurserna inte räcker till. Den gemensamma förmågeutveckling som sker inom ramen för EU:s civilskyddssamarbete (och på olika sätt också inom andra sektorer, såsom sjukvårdssamarbete, polisiärt samarbete, migrationssamarbete etc.) innebär att den nationella problembilden inte fullt ut går att förstå utan att sätta in den i ett sammanhang av beredskap och sårbarheter i andra europeiska länder. Samarbete och utveckling av gemensam förmåga sker också inom ramen för FN, vars kapacitet i stor utsträckning grundar sig på resurser i medlemsländerna. Samtidigt finns det behov av att se över den nationella förmågan i ljuset av den nya säkerhetspolitiska situationen och behovet av att kunna upprätthålla samhällsviktig verksamhet både nationellt och i andra länder som vi är beroende av.

Nationellt perspektiv

MSB:s stöd till nationella insatser styrs av den nationella riskbilen samt behovet av beredskapen utifrån främst kommuners och regioners befintliga resurser. Målen för svensk säkerhet och krisberedskap är att värna befolkningens liv och hälsa, liksom samhällets funktionalitet, samt förmågan att upprätthålla grundläggande värden som demokrati, rättssäkerhet och mänskliga fri- och rättigheter.

Varje myndighet, vars ansvarsområde berörs av en krissituation, ska enligt krisberedskapsförordningen⁷⁶ vidta de åtgärder som behövs för att hantera konsekvenserna av krisen. Förmågan att ta emot internationell hjälp måste också ses som en del i samhällets förmåga att hantera stora olyckor och andra allvarliga krissituationer. Myndigheterna förutsätts samverka och stödja varandra vid en sådan krissituation och för att främja en helhetssyn i planeringen för krisberedskap och höjd beredskap ska planeringen för utpekade myndigheter bedrivas inom särskilda samverkansområden som koordineras av MSB. Ett av dessa samverkansområden är samverkansområdet för farliga ämnen där bl.a. biologiska ämnen och smittsamma sjukdomar ingår.

MSB har, på regeringens uppdrag, årligen redovisat en nationell risk- och förmågebedömning. Redovisningen grundas främst på de statliga myndigheternas samt landstingens redovisningar baserade på sina risk- och sårbarhetsanalyser. Sedan 2011 har uppdraget kompletterats med scenarioanalyser i enlighet med EU-kommissionens riktlinjer för riskbedömning. I redovisningen 2016 har ytterligare underlag vägts in i analysen, bland annat från Riksräkningens granskning av länsstyrelsernas krisberedskap samt ett antal analyser och utvärderingar genomförda av MSB.

⁷⁶ Enligt förordning (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap

Nationell risk- och förmågebedömning

Den nationella risk- och förmågebedömningen, NRFB, är ett viktigt underlag för att inrikta och utveckla arbetet med samhällsskydd och beredskap. Den utgör ett underlag för aktörerna att fokusera på rätt åtgärder. Trots vidtagna åtgärder har MSB bedömt att samma brister i förmåga och sårbarheter som redovisats tidigare år som störningar i el-, dricksvattensförsörjning och elektronisk kommunikation kvarstår⁷⁷. MSB har också konstaterat att aktörerna alltför sällan är dimensionerade för att hantera kriser, vilket till exempel medför att tillgången till väsentliga förnödenheter och viss kritisk materiel i många fall är otillräcklig vid kriser. Exempel på detta är sjukvårdens brist på kapacitet att hantera händelser med ett stort antal skadade, transportsystemets bristande planering för hur transporter ska säkerställas vid kriser samt en generell problematik kring hur specifika kompetenser ska kunna säkerställas i händelse av kris. MSB bedömer vidare att det behöver övas mer inom ett antal områden som katastrofmedicin och hantering av farliga ämnen, liksom även hanteringen av större it-avbrott⁷⁸. Läkemedelsförsörjningen är också ett område där MSB konstaterade brister i tidigare års redovisning. Den inhemska produktionen av läkemedel är liten och Sverige är beroende av import av läkemedel bl.a. då inga vacciner produceras nationellt. Samtidigt har lagerhållning av läkemedel hos apotek, sjukhus och grossister minskat.

I den nationella Risk- och förmågebedömningen 2016, utifrån det samlade underlaget, har MSB identifierat fem särskilt viktiga utvecklingsområden för att stärka krisberedskapen:

- Arbetet med krisberedskap och civilt försvar behöver prioriteras högre av aktörerna.
- Kunskap om roller och ansvar inom krisberedskapen behöver öka, särskilt avseende det geografiska områdesansvaret.
- Arbetet med risk- och sårbarhetsanalyser behöver utvecklas för att kunna användas som planeringsunderlag både för krisberedskap och civilt försvar.
- Dimensionerande scenarier kan utgöra ett kompletterande verktyg för att planera och utveckla krisberedskapen.
- Det behöver ställas tydligare krav på samhällsviktiga verksamheter.

I regeringsuppdraget ingår att föreslå hur en permanent svensk förmåga skulle kunna hel- eller delfinansieras via befintliga system eller via EU. Det ska också beskrivas hur en sådan förmåga kan stärka svensk krisberedskap och så långt det är möjligt även förstärka nationell förmåga att hantera hälsohot i Sverige.

MSB har inte någon uppgift att hantera nationella hälso- och sjukvårdsinsatser då det ansvaret åligger andra myndigheter. Däremot har MSB på ett övergripande plan en samordnande roll vid större händelser samt ansvar för att samordna t.ex. information och för att nyttja samhällets samlade resurser effektivt.

Krisberedskapsanslaget

MSB fördelar årligen medel ur 2:4-anslaget Krisberedskap för att stärka olika myndigheters gemensamma förmåga att förebygga och hantera kriser.

⁷⁷ Nationell risk- och förmågebedömning 2016, MSB, 2016-03-11 Dnr 2015-1464.

⁷⁸ För kommuner och landsting finns krav i lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fred och höjd beredskap.

Exempelvis har krisberedskapsanslaget under många år stöttat uppbyggnaden och beredskapen t.ex. vid CBRN-centeret i Umeå⁷⁹ och VAKA-gruppen för dricksvattensäkerhet⁸⁰.

Enligt budgetpropositionen⁸¹ bör dock följande villkor uppfyllas för att en myndighet ska kunna tilldelas medel från anslaget 2:4 efter ansökan hos MSB:

- En behovsanalys ska finnas. Föreslagna åtgärder ska ha påvisbara effekter på samhällets samlade krisberedskap eller den samlade förmågan att hantera kriser och dess konsekvenser.
- Ansökningar om medel ska vara förenliga med regeringens beslut om inriktning av anslaget.
- Åtgärder som genomförs ska vara väl avgränsade samt uppföljningsbara. Medför åtgärder framtida löpande kostnader ska ansvarig myndighet redovisa finansieringen av dessa.

Under vissa förutsättningar och under en begränsad period kan särskilda medel ur krisberedskapsanslaget beviljas för att förstärka effekten av samhällets samlade nationella krisberedskap eller den samlade förmågan att hantera kriser. Den som har ansvar för en verksamhet under normala förhållanden har samma ansvar i en krissituation. Åtgärder för att upprätthålla verksamhetens grundläggande förmåga i kris bör därför finansieras med egna anslagsmedel. MSB:s bedömning är därför att krisberedskapsanslaget inte kan finansiera uppbyggnad och beredskap av en förmåga kopplad till hälso- och sjukvårdsinsatser nationellt då detta bör ligga inom ramen för Socialstyrelsens, Landstingens och Folkhälsomyndighetens grunduppdrag. Anslaget kan dock användas för särskilda projekt eller för att stärka den gemensamma förmågan efter särskild ansökan.

För att stärka samhällets krisberedskap samverkar myndigheter och andra aktörer inom sex utpekade samverkansområden. Samverkansområdenas uppgift och vilka myndigheter som ska ingå finns angivna i bilaga till Förordning (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap (krisberedskapsförordningen). Myndigheterna som ingår i samverkansområdena har ett särskilt ansvar för att minska samhällets sårbarhet och för att se till att vi blir bättre på att hantera en kris. Syftet med arbetet i samverkansområdena är att myndigheternas planering ska samordnas. Inom samverkansområdet farliga ämnen har en särskild aktörsgemensam CBRNE-strategi tagits fram⁸².

Aktörsgemensam CBRNE-strategi

Den aktörsgemensamma CBRNE-strategin, som förvaltas av MSB, är en grund för det svenska CBRNE-arbetet på alla nivåer; från lokalt till internationellt. Det är viktigt att strategins arbetssätt även genomsyrar arbete med att utveckla internationella hälso- och sjukvårdsinsatser kopplade till hälsohot såsom smittsamma sjukdomar. CBRNE är den internationella förkortningen

⁷⁹ Europeiska CBRNE-centret vid Umeå universitet arbetar med forskning, övning och utbildning inom områdena säkerhet och sårbarhet med fokus på incidenter med kemiska (C), biologiska (B), radiologiska/nukleära (R/N) och explosiva (E) ämnen.

⁸⁰ VAKA - Nationell vattenkatastrofgrupp till stöd för kommunernas dricksvattenhantering. Drivs av Livsmedelsverket.

⁸¹ PROP. 2014/15:1 UTGIFTSOMRÅDE 6

⁸² Aktörsgemensam CBRNE-strategi. Version 2, mars 2016

för Chemical, Biological, Radiological, Nuclear and Explosive och används vid beskrivning av verksamhet inom området skadliga kemikalier, allvarliga smittämnen, radioaktiva ämnen, nukleära ämnen och explosiva ämnen. Det är närmast B-ämnena som är relevant för detta uppdrag. En egenskap som skiljer B-ämnena från övriga CRNE-ämnena är att de kan vara smittsamma.

Vid hanteringen av Cryptosporidiumutbrotten 2010 och 2011 visade det sig att personal- och laboratorieresurserna var underdimensionerade. Det har visat sig finnas behov av en optimering och utveckling av befintliga resurser, både privata och statliga, nationellt och internationellt. Inom flera områden, t.ex. sjukdomsutbrott, bedöms tillgången på experter och nyckelpersoner inte vara tillräcklig för att kunna hantera en samhällsstörning kopplad till CBRNE-ämnena. Detta gäller särskilt samhällsstörningar som kan komma att pågå under längre tid. Bristen på experter och nyckelpersoner påverkar också det förebyggande arbetet t.ex. vid samverkan och planering.

MSB:s utgångspunkter för Regeringsuppdraget

MSB har i uppdraget utgått från att resurserna ska vara definierade på förhand, med förmåga att vara självförsörjande för att kunna användas effektivt vid såväl snabbt uppkomna kriser som vid långsammare förlopp t.ex. i kölvattnet av naturkatastrofer. För att upprätthålla sådan förmåga behövs utbildad och tillgänglig personal för att bemanna insatser och för detta har MSB byggt upp en resursbas och bedriver utbildningar av insatspersonalen. Det behövs också säkerhets- och hälsostöd inför och vid insatser för att ombesörja säkerhetsrådgivning, medicinska behov och psykosocialt omhändertagande. Likaså behövs materiel och logistik och för detta har MSB dels egen förrådshållning, ramavtal och upphandlingsexpertis. Slutligen behövs också finansiering för insatserna. För humanitära biståndsinsatser har MSB ramavtal med Sida, för insatser vid kriser i icke biståndsländer har MSB ramanslag som kan nyttjas också för att finansiera andra länders stöd till Sverige vid en allvarlig kris eller inför en möjlig allvarlig kris. För insatser inom EUs gemenskapsmekanism finns klara riktlinjer om finansieringsprinciper.

MSB gör ingen fördjupad bedömning av frågor kopplade till hälso- och sjukvårdsområdet och i vilken utsträckning eventuella nya insatsresurser inom området är kostnads- och resurseffektiva, eller i vilken grad dessa skulle stärka svensk krisberedskap. Däremot kan MSB bidra med generiska erfarenheter av att bygga upp och förvalta andra typer av insatsresurser. Sannolikt skulle hälso- och sjukvårdsinsatser av mer omfattande karaktär innebära flera stora utmaningar och ställa stora krav på utveckling av befintliga förvaltningsresurser och ökade finansiella anslag. Om man ser till de länder som upprätthåller beredskap med fältsjukhus och motsvarande, finns som regel en koppling till ländernas nationella risk- och sårbarhetsanalys och ett identifierat behov kopplat till en hotbild för väpnade konflikter eller naturkatastrofer. Gällande utveckling av resurser som är mindre omfattande, till exempel enskilda experter eller mindre team har MSB och Folkhälsomyndigheten utgått från respektive myndighets mandat, erfarenhet och kompetens för en epidemiologi- och laboratorieresurs. Här ser MSB möjligheter att använda de resurser och den organisation som finns uppbyggd för myndighetens operativa uppdrag att genomföra insatser, både kopplat till EU:s civilskyddsmekanism som inom ramen för det humanitära biståndet.

Här avses t.ex. MSB:s kapacitet inom utbildning, övning, personaladministration, lagerhållning, logistik och andra stödresurser inom den internationella insatsverksamheten. En återstående fråga är dock om förutsättningar för finansiering av sådana resurser finns inom ramen för EU:s civilskyddsmekanism eller det svenska humanitära biståndet som finansieras av Sida.

Resurser, utveckling och förvaltning

MSB:s operativa verksamhet

MSB:s operativa verksamhet utgör en del av arbetet med samhällsskydd och beredskap. Utgångspunkten är behovet av att skydda människors liv och hälsa, samhällets funktionalitet, demokrati, rättssäkerhet och mänskliga fri- och rättigheter, miljö och ekonomiska värden samt den nationella suveräniteten vid olyckor, kriser och krig. För att skydda dessa värden behöver samhällets aktörer ha förmåga att förebygga det som riskerar att inträffa och hantera det som inträffar.

Den röda tråden i MSB:s operativa uppdrag är att möjliggöra och stödja andra aktörers hantering av allvarliga olyckor, kriser och katastrofer, såväl nationellt som internationellt. MSB:s resurser för internationella hjälpinsatser är efterfrågade bland EU, FN och andra. Den operativa verksamheten utgår ifrån MSB:s övergripande uppdrag och bidrar framförallt till samhällets förmåga att agera samordnat vid händelser, samhällets förmåga att genomföra räddningsinsatser samt samhällets förmåga att stödja Försvarsmakten vid höjd beredskap. MSB stärker nationell beredskap, driver aktörsgemensam hantering och stärker upp med kompetens och materiel.

MSB är nationell kontaktpunkt för ERCC (undantaget miljöräddningstjänst till sjöss då Kustbevakningen är kontaktpunkt) och Sverige har genom MSB registrerat ett antal resurser⁸³ i EU:s frivilligpool. MSB har regeringens uppdrag att registrera ytterligare resurser i frivilligpoolen inom logistikförmåga som kan stötta med IT-, kommunikations- och visst boendestöd (TAST). Dessa resurser är generiska och inte inriktade på någon särskild typ av insats utan kan användas för olika typer av insatser. MSB har också i uppdrag att registrerat Svenska Nationella Ambulansflyget (SNAM)⁸⁴.

Normalt driver MSB 50–60 internationella insatser samtidigt där myndigheten bistår med stödresurser till andra länder, EU och FN i samband med större händelser. Det handlar inte bara om att snabbt rycka ut och rädda människoliv efter en katastrof. Det mer långsiktiga arbetet med katastrofriskreducering får allt större betydelse.

MSB har även i uppdrag att skapa förutsättningar för andra centrala myndigheter, länsstyrelser och andra aktörer att hantera allvarliga olyckor och kriser effektivt och samordnat. Målet är ett samlat nyttjande av samhällets resurser och samordning av information till allmänheten. MSB ska skapa förutsättningar för andra aktörer att själva hantera situationen.

I genomförandet av internationella insatser arbetar MSB inom ramen för den svenska biståndspolitik, där MSB har uppdraget att hålla beredskap för räddnings- och katastrofinsatser, humanitär minhantering, stärkande av

⁸³ Regeringsbeslut II:25, Uppdrag till Myndigheten för samhällsskydd och beredskap att anmäla resurser till EU:s frivilliga resurspool, JU2015/49/SSK

⁸⁴ Regeringsbeslut II:3, Uppdrag till Myndigheten för samhällsskydd och beredskap att anmäla Svenska nationella ambulansflyget till EU:s frivilliga resurspool, Ju2016/01954/SSK

katastrofberedskap, tidig återuppbyggnad samt civil konflikthantering. De Sida-finansierade biståndsinsatserna styrs av målen för Sveriges humanitära bistånd. Enligt överenskommelsen med Sida bidrar MSB till detta mål genom arbete inom två huvudområden: humanitära insatser i krisområden och katastrofriskreducering.

MSB genomför också stödinsatser till icke biståndsländer vid katastrofer, främst genom EU:s civilskyddsmekanism och de arrangemang som skapats för att möjliggöra stöd och solidaritet mellan EU-länderna.

MSB har lång erfarenhet av internationell insatsverksamhet, inklusive uppbyggnad och förvaltning av beredskapshållna insatsresurser. Det ligger inte i MSB:s internationella uppdrag att genomföra hälso- och sjukvårdsinsatser till ett drabbat lands befolkning. Myndigheten kan däremot, inom ramen för sitt uppdrag att stärka katastrofberedskapen i andra länder, genomföra verksamhet inom sjukvårdssektorn som bidrar till en stärkt motståndskraft mot kriser och katastrofer. MSB har också sjukvårdsstöd som en delkomponent i andra typer av insatser för att möjliggöra närvaro i miljöer där hälsorisker är förhöjda eller resurser är begränsade och syftar till att försörja utsänd hjälppersonal från MSB eller partnerorganisationer, med hälso- och sjukvårdsstöd. MSB har inte förutsättningar att göra någon sakkunnig analys eller fördjupad behovsbedömning inom hälso- och sjukvårdsområdet. Därför fokuserar MSB i sin del av regeringsuppdraget på mer generella förutsättningar att stödja internationella hälso- och sjukvårdsinsatser.

MSB:s sjukvårdsrelaterade resurser

I sin roll som biståndsaktör, agerar MSB på förfrågan från FN, EU och andra internationella eller nationella aktörer. Med undantag för ebolainsatserna i Västafrika 2014 har MSB begränsad erfarenhet av direkta internationella hälso- och sjukvårdsinsatser som stöd till drabbad befolkning.

MSB genomför inga direkta hälso- och sjukvårdsinsatser för att ge vård till drabbad befolkning. De insatser MSB genomför är relaterade till sjukvårdsstöd och ingår antingen som en förstärkt säkerhetsåtgärd för egna teaminsatser, eller som en komponent i en större helhet i insatser där MSB stödjer och möjliggör närvaro och säkerställer operativ funktionalitet för FN och andra humanitära aktörer. Andra komponenter i den typen av insatser kan vara materiel och kompetens inom logistik, administration, säkerhet och hälsa.

Vid ett antal tillfällen under de senaste åren har MSB genomfört olika typer av ”hälso- och sjukvårdsstödjande insatser” i syfte att möjliggöra och stödja insatsverksamhet i länder och regioner där antingen hälsoriskerna är stora, eller landets egna sjukvårdsresurser är otillräckliga eller överbelastade varför insatspersonalen kan behöva sjukvårdsstöd.

Inom ramen för MSB:s uppdrag att stödja insatser inom civil konflikthantering, har myndigheten kontinuerligt personal i länder som Afghanistan, Kosovo och Georgien. MSB genomför sekonderingar inom området ”insatsstöd”, vilket innefattar medicinsk expertis för att EU, FN eller OSSE ska kunna tillhandahålla sjukvård för internationell personal i missionerna. De kan också innefatta uppgifter såsom inventering av sjukvårdsresurser, etablerandet av kliniker, samarbetsavtal och rutiner, utbildning i akut omhändertagande samt övningar.

MSB har till uppgift att säkerställa att egen personal är utbildad för att kunna verka i högriskområden. För detta har MSB etablerat en kapacitet att genomföra utbildningar bl.a. inom akut omhändertagande. MSB har genomfört flera utbildningsinsatser, s.k. *Emergency Trauma Bag trainings* (ETB), i akut omhändertagande för FN-personal stationerad i högriskområden eller på geografiskt avlägsna platser utan avancerad sjukvårdsinrättningar, för att icke-medicinskt utbildad personal ska kunna genomföra livuppehållande och/eller livräddande insatser vid t.ex. attentat eller sjukdomsfall i väntan på adekvata sjukvårdsinsatser.

I Jemen har MSB nyligen stöttat den existerande FN-kliniken med sjuksköterskor under 18 månader. Dessa har även genomfört ETB-utbildningar och stärkande av FN:s egen hälso- och sjukvårdskapacitet i landet i likhet med hur MSB bistår sina egna team. ETB-utbildning har även genomförts i länder såsom Afghanistan, Irak, Palestina, Sydsudan och Uganda till stöd för FN:s verksamhet i dessa länder.

Under 2014 genomförde MSB en större insats kopplat till ebolautbrottet i Västafrika, främst i Liberia. Flera olika projekt kring logistik- och infrastrukturåtgärder, utbildningsinsatser för hälsopersonal samt återuppbyggandet av lokala sjukvårdsinrättningar hanterades parallellt.

I januari 2017 påbörjade MSB de första insatserna på direkt förfrågan från WHO efter att samarbetsavtalet signerades i december 2016. Det gäller stöd inom koordinering av sjukvårdsresurser, samt logistik och infrastrukturstöd till Irak för situationen i Mosul.

MSB använder sjukvårdspersonal i egna större insatser som stöd till de team som arbetar i utsatta områden med svaga sjukvårdsresurser och för att undvika ytterligare belastning på sjukvårdsområdet i ett redan drabbat land, samt att minimera risker för den egna personalen. Som regel består dessa resurser av en sjuksköterska med utrustning anpassat för att bistå med förebyggande av hälsorisker, daglig sjukvård samt akutvård. Denna typ av stödfunktioner är behovsstyrda och grundar sig i den hot- och riskbedömning som föregår varje insatsbeslut. Exempel på länder där MSB genomfört denna typ av stöd är Centralafrikanska republiken, Nigeria, Tchad, Sydsudan och Demokratiska republiken Kongo.

Utöver de tillfällen MSB själva tillför sjukvårdsresurser efter en samlad bedömning av hälsorisker och tillgång till sjukvård i ett insatsland, har sjukvårdsstöd även efterfrågats och ingått som del av en större basecamp-insats, d.v.s. stöd med boende och kontor i situationer då humanitära insatser snabbt behöver etableras under en pågående kris. Utgångspunkten och behovsanalysen är densamma som när MSB gör resursförstärkningar till ett eget utsänt team men här efterfrågas sjukvårdsstödet alltså specifikt av den efterfrågande FN-organisationen. Som exempel på denna typ av insatser kan nämnas jordbävningen i Haiti 2010 och i Etiopien 2012, där sjukvårdsstödet i form av en fältklinik sedan anpassades till att bli ett fristående direktstöd till internationella organisationer på plats.

Svenska nationella ambulansflyget (SNAM)

Svenska nationella ambulansflyget (SNAM) är en förstärkningsresurs för luftburna sjuktransporter under ansvar av MSB. Genom avtal med SAS och Västerbottens läns landsting säkerställs hög medicinsk- och flygoperativ

förmåga. Resursen har hög kapacitet och håller hög standard i en internationell jämförelse.

Bakgrunden till SNAM återfinns historiskt inom totalförsvarets planering för storskaliga ambulansflygtransporter. Under 70 och 80-talet fanns en beredskapsplanering inom det civila trafikflyget att kunna ställa om verksamheten med upp till 25 bårutrustade flygplan. Det största behovet var då beskrivet av Försvarsmakten som såg att skadade svenska soldater skulle behöva transporteras från norra till södra Sverige i händelse av en väpnad konflikt. En utredning som Luftfartsverket och SAS ansvarade för i slutet av 90-talet gav som förslag att avveckla den gamla organisationen och ersätta denna med möjligheten att utrusta två civila trafikflygplan med betydligt högre medicinsk förmåga än tidigare.

SNAM certifierades 2005 av den europeiska flygsäkerhetsmyndigheten och har sedan dess funnits i beredskap under ansvar av i tur och ordning Luftfartsverket, Luftfartsstyrelsen, Transportstyrelsen och sedan 2011 MSB.

Händelser som föranleder ett behov av luftburna sjuktransporter som kan utföras med SNAM är sällsynta. I synnerhet om man enskilt ser till Sveriges behov. MSB har sedan tidigare konstaterat att dimensioneringen av den beredskap som finns idag skulle kunna mernyttjas genom registrering i EU:s frivilligpool. Sverige genomförde 2008 en SNAM-insats på uppdrag av EU då spanska och brittiska medborgare transporterades från Indien till Storbritannien. Resursen är alltså känd av EU/ERCC och man har välkomnat Sveriges initiativ om registrering i frivilligpoolen. MSB håller på uppdrag av Regeringen, på att förbereda registreringen av det svenska nationella ambulansflyget till EU:s frivilliga resurspool i syfte att förstärka den europeiska insatskapaciteten gällande katastrofmedicinska insatser. Anpassningskostnader för resursen till EU:s frivilligpool förväntas täckas av Kommissionen.

I dialog mellan MSB och ERCC framgår att SNAM är efterfrågad, såväl i frivilligpoolen och som en del av EMC, där kapacitet med flygmedicinsk evakuering av utsänd hjälppersonal har angetts. Därmed finns en komparativ fördel för Sverige att bistå med just denna resurs.

Då SNAM har utvecklats utifrån Sveriges behov av luftburna sjuktransporter och har kravställningar mer i nivå med svensk intensivvård är SNAM bättre anpassad för att tillgodose transport inom Sverige eller ett annat land inom EU än för humanitära uppdrag.

Stöd via WHO

WHOs enhet för operativt kapacitetsstöd till förstärkningsresurser som bedriver hälso- och sjukvård, WHO Global Emergency Medical Team initiative (EMT), syftar till att stödja katastrofdrabbade länder med en samordnad, kvalitetssäkrad respons av internationella medicinska team och förstärkningsresurser. Kvalitetssäkringsprogrammet som lanserades 1 juli 2015 utgår från de miniminormer och riktlinjer som publicerades 2013⁸⁵. EMT har ett operativt partnerskap med globala aktörer såsom FN:s kontor för samordning av humanitära frågor (OCHA) och Internationella Röda korskommittén (ICRC) samt regionala aktörer såsom Europeiska Unionen (EU) och Afrikanska Unionen (AU), vilket ökar WHO:s förmåga till operativ

⁸⁵ http://www.who.int/hac/global_health_cluster/fmt_guidelines_september2013.pdf

samordning och med ökad kvalitet⁸⁶. WHO har de senaste åren utökat sitt s.k. *Standby Partnership Programme* i syfte att stärka sin förmåga att hantera akuta hälsokriser. Då hanterandet av hälsokriser är komplext och förutsättningarna snabbt ändras, kräver detta att WHO snabbt kan möta behovet med extra personal. För att snabbheten ska kunna säkerställas har de etablerat samarbeten med ett flertal organisationer s.k. Standby Partners, vilka framför allt bistår med personalresurser på kort varsel. Sedan 2016 har också MSB ett samarbetsavtal⁸⁷ för perioden 2016–2019 med WHO med fokus på stödjande funktioner inom MSB:s verksamhetsområde såsom logistik, kommunikation och informationshantering. Tack vare detta avtal kan MSB, förutom tillhandahållandet av tekniska experter och materiel, även tillhandahålla helhetslösningar som är skraddarsyddas för den unika situationen. Med avtalet följer dock ingen finansiering.

På förhand definierade resurser

Att ha på förhand väl definierade resurser ligger i linje med WHO:s beskrivning av bakgrunden till att EMT-konceptet togs fram, där WHO pekar på nödvändigheten i att resurser behöver vara nivåbestämda för att möjliggöra effektiv koordinering. Krav på självförsörjning syftar till att undvika ytterligare belastning på det drabbade landets resurser, vilka sannolikt redan är ansträngda till följd av den aktuella händelsen.

Konceptet EMT bygger till stor del på det system som tagits fram av INSARAG⁸⁸ (International Search and Rescue Advisory Group) för klassificering och kvalitetssäkring av sök- och räddningsteam. INSARAG är ett internationellt nätverk av katastrofutsatta och responsinriktade länder och organisationer för urban sök och räddning (USAR) och operativ samordning i fält. MSB har haft en INSARAG – certifierad USAR-förmåga, SWIFT USAR (Swedish International Fast *response* Team) varför myndigheten har erfarenhet av att förvalta snabbinsatsresurser under en liknande kvalitetssäkringsstruktur som den som förväntas gälla för EMT.

Om en resurs ska kunna användas i hastigt uppkomna katastrofer behöver nödvändiga ingående komponenter vara noggrant förberedda i förväg. Personal med rätt grundkompetens måste vara rekryterad och registrerad. Utbildning och övning måste vara genomförd och förutsättningar för snabb bemanning måste säkerställas. Här måste man konstatera att beredskap med insatsresurser inom sjukvårdsområdet, där kliniskt verksamma läkare och sjuksköterskor ingår, kan innebära stora utmaningar. Inte minst på grund av att denna sektor redan från början tidvis är hårt ansträngd i Sverige. MSB har vid vissa tillfällen haft svårt att hitta tillgänglig sjukvårdspersonal även då behovet varit begränsat till en eller ett par personer.

⁸⁶ <https://extranet.who.int/emt/sites/default/files/EMT%20Booklet.pdf>

⁸⁷ Standby Partnership Agreement between World Health Organization (WHO) and Swedish Civil Contingencies

Agency (MSB). Bemyndigande: Ju2015/00038/SSK. Dnr 2013-4446-9

⁸⁸ INSARAG bildades som en följd av räddningsarbetet efter jordbävningen i Armenien 1988 då det visade sig finnas ett stort behov av en samling kring tekniska frågor, kompetensfrågor och strategiskt/taktiska frågor kring sök- och räddningsarbete efter jordbävningar. Verksamheten samordnas av OCHA.

Utvärdering av MSB:s ebolainsats

De insatser som planerades och genomfördes av MSB under ebolaepidemin i Västafrika 2014 har utvärderats av FOI (Totalförsvarets forskningsinstitut)⁸⁹. Denna utvärdering och andra erfarenheter ska enligt regeringsuppdraget tas med i myndigheternas bedömning kring hur en eventuell ny insatsresurs skulle kunna utformas. En av FOIs rekommendationer är att resurser inte bör utvecklas under en pågående kris. Denna slutsats delas av MSB och ligger i linje med myndighetens inriktning i förvaltning av befintliga snabbinsatsförmågor, där angivna förväntningar på responstid, finansieringsprinciper, bemanning, ledning och organisation är klarlagda på förhand.

Att följa FOI:s rekommendation om att inte utveckla nya förmågor ad hoc innebär alltså att den operativa leveransen skulle behöva vara uppbyggd och förvaltd i god tid inför en stundande kris. I frågan om beredskap för kliniska team för vård av höggradigt smittsam blödarfeber, som i Västafrika 2014, skulle denna specifika kapacitet funnits färdigutvecklad och stått i beredskap redan innan hälsokrisen uppstod för att undvika de utmaningar och den problematik som FOI pekar på i sin utvärdering. FOI nämner i sammanhanget frågor om ledning, personalhantering, kommunikation och samordning, som inte fungerade optimalt utifrån det faktum att erfarenhet inom sakområdet saknades när insatsen genomfördes.

Förvaltning

Beredskap för snabba insatser innebär höga förvaltningskostnader, vilka dessutom stiger ytterligare beroende på hur kvalificerad kompetens som behövs, antal ingående personal och vilken typ av utrustning som ska lagr hållas och transporteras. MSB har som tidigare nämnts erfarenhet av beredskap med ett sök- och räddningsteam, som i sin omfattning gällande personal- och logistikhantering motsvarar ett medelstort sjukvårdsteam (EMT 2), om än med mindre avancerad utrustning.

Om Sveriges eventuella beredskap för hälso- och sjukvårdsinsatser knyts till någon av de aktuella koordineringsmekanismerna inom EU eller FN innebär detta ett åtagande och därmed förväntningar på att Sveriges resurser snabbt ska kunna aktiveras vid hälsokriser. Därmed behöver frågor om såväl tillgång, tillgänglighet samt redundans och uthållighet värderas noga i kontakt med sjukvårdssektorn.

Utgångspunkter för MSB:s stöd

En utgångspunkt har varit att utgå från MSB:s befintliga resurser i stödet till insats kopplat till t.ex. Folkhälsomyndighetens eller Socialstyrelsens expertkompetens. Folkhälsomyndigheten beskriver i denna rapport en fältepidemiologisk och laborativ förmåga, samt vilka insatsresurser som skulle kunna bli aktuella och på vilket sätt MSB skulle kunna ge stöd, främst i form av logistik och stödresurser. Folkhälsomyndighetens förslag om ett mindre omfattande men högre specialiserat team med laboratoriediagnostik- och utbrottsepidemiologisk förmåga, framöver ”Public Health Rapid Response Team” utformat för internationella insatser vid hälsohot skulle sannolikt också gynna den svenska krisberedskapen både vad gäller kapacitetsutveckling hos medverkande personal men även svensk förmåga att hantera nation-

⁸⁹ FOI-R--4096—SE, Utvärdering av MSB:s stöd till att hantera ebolautbrottet i Liberia

ella hälsohot. För internationella insatser där den fältepidemiologiska expertisen förväntas kunna vara självförsörjande finns fördelar om insatsen, inklusive finansieringen, kan hållas samlad.

MSB ser också klara fördelar att upprätthålla en samlad beredskap för sådana insatser. Ansvar att upprätthålla expertkompetens bör åligga Folkhälsomyndigheten medan MSB kan komplettera med relevanta stödfunktioner såsom exempelvis IT och logistik. På samma sätt skulle MSB:s mer generiska resurser kunna stödja de av Socialstyrelsen föreslagna expert- och sjukvårdsmoduler. Redan i dag har MSB rollen att samordna stödstyrkan, där bl.a. sjukvårdskompetens ingår, vid insatser där personer med anknytning till Sverige drabbas i händelse av en allvarlig händelse i utlandet eller vid konsulär insats och vi ser ett stort behov av att stödstyrkan finns även fortsättningsvis och att den fortsätter vara flexibel och anpassas beroende på vad som inträffat och vilket stöd som behövs i den aktuella situationen.

Inom ramen för MSB:s operativa verksamhet har ett antal operativa leveranser⁹⁰ utvecklats för att MSB ska kunna stödja ansvariga aktörer vid hanteringen av olyckor, kriser, katastrofer och krig. En av dessa operativa leveranser är Att stärka utlandsmyndigheters förmåga och stödjer nödställda vid kriser och katastrofer och en annan att kunna genomföra flygmedicinsk evakuering. MSB stärker också upp med kompetens och materiel via de operativa leveranserna. En av de operativa leveranserna är att MSB ger stöd till vissa andra svenska myndigheter som verkar internationellt, utanför Europa och Nordamerika. Detta görs genom ett merutnyttjande av den kompetens och de resurser som MSB har byggt upp kopplat till myndighetens operativa uppdrag. Stödet är formulerat i en överenskommelse och dimensionerande är MSB förmåga/resurser att verkställa stödet utifrån äskat behov. Stödet kan vara inom logistik, lagerhållning, personalförsörjning, TiB-funktion, säkerhets – och hälsostöd och utbildningar inför utresa. MSB tar betalt för stödet enligt principen om full kostnadstäckning.

Ytterligare exempel på operativa leveranser är att Stärka infrastruktur som möjliggör humanitär närvaro vid kriser och katastrofer med olika lösningar för exempelvis boende, kontor, sjukvård, säkerhet, logistik och konstruktion för att hjälppersonal ska kunna verka i olika sammahang. MSB stärker också ansvariga internationella biståndsaktörer att leda och samverka vid kriser och katastrofer genom att tillhandahålla kompetens och materiel inom koordinering, informationshantering och ICT för att bidra till en faktagrundad planering och prioritering av biståndets genomförande. Detta skulle kunna exemplifieras med att bistå WHO med koordineringsstöd i samband med händelser där WHO aktiverar EMT Coordination Cell (såsom skedde i Nepal efter jordbävningen 2015). En dialog med WHO pågår för att bättre precisera utformningen av koordineringsstöd till EMTC. Vid samma insatser har Socialstyrelsen identifierat att de skulle kunna bistå med hälso- och sjukvårdsexpertis. MSB kan också stärka ansvariga aktörer att hantera miljökonsekvenser och att integrera genusaspekter i krishantering.

God hygien och vatten är oftast nödvändiga för att kunna genomföra effektiva hälso- och sjukvårdsinsatser. Renlighet är också ett perspektiv som

⁹⁰ MSB, Internt beslut, Reviderat beslut operativa leveranser, 2016-09-30, Dnr 2015-4524.

måste planeras in från början när det byggs tillfälliga bostäder, flyktingläger osv. Sanitetsområdet omfattar latrinkonstruktioner, andra sorters hygieninstallationer och avfallshantering. Inom sanitetsområdet kan MSB stödja FN med exempelvis transport, logistik och deponering av avfall. På samma sätt skulle MSB kunna stödja t.ex. Folkhälsomyndighetens PHRRT. MSB har också möjlighet att genomföra olika typer av insatser för att rena vatten eller se till att vattenförsörjningen fungerar. Vid större insatser på platser där det saknas tillgång till rent vatten är det vanligt att MSB tar med vattenreningsverk och MSB har också erfarenhet av att transportera vatten i stora mängder till isolerade områden där det inte finns möjlighet att rena lokalt vatten.

Funktioner som ingår i alla storlekar på camp är boende, kontor, kök, hygien (dusch och toalett), vatten (hantering och rening), el (produktion och distribution), Verktyg för byggnation och underhåll samt ICT (kommunikationsutrustning). MSB har lång erfarenhet att stötta både FN och EU med samband och IT och i utrustningsväg har MSB allt från VHF radio, datorer till satellittelefoner och VSAT. Huvudparten av materielen är packad i generiska kit som kan kombineras.

MSB TAST (Technical Assistance Support Team) har angivits av ERCC som efterfrågad resurs inom EMC. TASTs utformning är reglerad av ett EU dokument där funktioner är tydligt specificerade och modulärt uppbyggda beroende på storleken på teamet som ska stöttas och den lokala infrastrukturens nivå/skick. Då denna resurs är generisk i förhållande till det uppdrag den avser stödja, bör det inte finnas några hinder för att den används som stödresurs till hälso- och sjukvårdsinsatser. Resursen består främst av sambands och IT-utrustning så som datorer, satellittelefoner och skrivare samt en Light Base Camp. Sambands/IT delen består av kit packade så att de går att ha med på flyg som incheckat bagage med hänsyn taget till mått, vikt och farligt gods (främst litium batterier) Även campen består av sådan utrustning och är packad på ett sådant sätt att teamet kan checka in den som bagage.

MSB kan också stötta med självförsörjande basläger. **Light Base Camp** är anpassat för 12 personer vilket går att multiplicera om man behöver boende för fler. Detta är en lätt camp anpassad för varmt klimat där dygntemperaturen helst inte underskrider 15grader. (Det går att komplettera med varmare sovsäckar för att klara kyligare nätter). Enkla lösningar för toalett och hygien finns. Campen är designad för en varaktighet på 2–4 veckor. Bedöms insatsen pågå längre ska detta ses som ett sätt att snabbt komma på plats men ganska snart bör man övergå till någon annan form av boende/kontor. Antingen befintliga byggnader eller en tyngre variant av Camp (Pris ca 250 000kr). För upp till 24 personer är **Medium Base camp** under utveckling. Denna camp kommer att bestå av flera varianter av samma funktion, där användningen styr vilken variant man skickar. Varianterna kan bestå av olika typer av tält beroende på klimat, olika typer av kök beroende på hur länge campen ska stå eller vilka förutsättningar det finns på plats. Insatstiden ca 1–6 månader och kostnaden beräknas uppgå till 0,5–3 miljoner kr.

För riktigt stora och långvariga insatser finns **Heavy Base Camp** som är dimensionerat för boende och kontor för fler än 60 personer. Det är ett fullutrustat baslägerkoncept med restaurangkök och tvättstuga utöver de funktioner listade ovan. Pris från ca 6 miljoner kr beroende på vilka funktioner och antal personer det behöver dimensioneras för.

Kompetenser som MSB kan bidra med

Vid en större team-insats kan MSB stötta med en rad kompetenser för att få verksamheten runt hälso- och sjukvårdsarbetet att fungera. Då MSB redan har en resursbas med insatspersonal uppbyggd kan myndighetens administrativa kostnader för att även utveckla och förvalta de personella resurserna av en hälso- och sjukvårdsförmåga blir relativt låga. Många av de registrerade individerna i MSB:s resursbas har erfarenhet av att utföra sitt arbete i olika insatskontexter och det bedöms därför vara relativt enkelt att rekrytera personal som kan stödja hälso- och sjukvårdsinsatser. Individerna i MSB:s resursbas är vana vid att få förfrågningar och att avresa med relativt kort varsel (från ett par dagar upp till ett par veckor, beroende på situation). Baserat på dimensioneringen av MSB:s befintliga operativa leveranser, bedöms kapaciteten i MSB:s resursbas vara god. I den mån förfrågningarna från partners ökar, eller om det av andra orsaker finns anledning att revidera dimensioneringen, kan MSB på sikt stärka upp resursbasen med fler individer inom ovan nämnda områden för att säkerställa en god beredskap. Andra personalkostnader för förmågan, såsom hälsoundersökningar, vaccinationer, visumhantering, löner och andra ersättningar uppstår först vid en skarp insats och belastar således varje enskild insats budget. En förutsättning för insatserna är att det finns extern finansiering av annan part än MSB.

Anställningsvillkor, utlarmning och stöd till personalen
MSB, Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen m.fl. skulle på ett övergripande plan kunna hantera sina respektive personalkategorier i en eventuell hälso- och sjukvårdsförmåga själva men det behöver utredas närmare vad som skulle vara mest effektivt och ändamålsenligt kopplat till vilken typ av förmåga som i så fall skulle byggas upp och vilken grad av självförsörjning den skulle ha. Det skulle bland annat innebära att respektive myndighet rekryterar och utser personal och har arbetsgivaransvaret under insats. För att säkerställa en god kvalitet i personalfrågorna behöver dock fortsatta diskussioner ske kopplat till anställningsvillkor och stöd under insats. Det är av yttersta vikt att de olika myndigheternas personal inte har allt för skilda förutsättningar och villkor inför, under och efter en insats, för att skapa goda förutsättningar för kompetensförsörjning och effektivt arbete i fält.

MSB har i dagsläget väl etablerade arbetssätt och systemstöd för att hantera registerhållning och utlarmning av personal. Detta gör att myndigheten på ett mycket effektivt sätt kan tillfråga och välja ut personal för en insats. Det finns möjlighet för MSB att stötta övriga myndigheter med registerhållning och utlarmning om behov finns. MSB har även etablerade stödfunktioner inom säkerhet, hälsa, psykosocialt stöd samt tjänsteman i beredskap, som alla har lång erfarenhet av att stötta personal på internationella insatser. Dessa stödfunktioner kan vid behov också nyttjas av de andra myndigheterna vid en insats.

Om nya svenska hälso- och sjukvårdsförmågor ska utvecklas krävs fortsatt dialog mellan berörda myndigheter för att utreda hur de personella resurserna hanteras inför, under och efter en insats på ett så kostnadseffektivt och likartat sätt som möjligt. Beroende på hantering kan det myndigheterna behöva utveckla överenskommelser för att förtydliga roller och ansvar. Frågan om anställningsvillkor är också av yttersta vikt och kräver en fördjupad dialog.

Utbildning

MSB genomför i dagsläget ett stort antal utbildningar för att förbereda personer i resursbasen inför kommande insatser. Dessa utbildningar är en del i att kunna upprätthålla beredskapen och de belastar förvaltningsanslaget. MSB förutsätter finansiering från andra myndigheter för att kunna genomföra utbildning även för andra myndigheters experter innan de åker ut på internationella insatser.

För att utveckla en eller flera svenska hälso- och sjukvårdsförmågor där flera myndigheter deltar bedöms också myndighetsgemensamma utbildningar tas fram. Personer som ska delta i framtida insatser behöver få förståelse för de olika myndigheternas roller och ansvar, hur förmågan är uppbyggd och hur den är tänkt att verka i en internationell kontext. Folkhälsomyndigheten beskriver sin del dels specifika utbildningsbehov men även de myndighetsgemensamma behov som finns.

Möjlighet att på sikt utveckla snabbinsatsstyrka

Beroende på hur behovet av en hälso- och sjukvårdsförmåga utvecklas över tid är det även möjligt att utveckla en snabbinsatsstyrka som kan avresa från Sverige inom ca ett dygn, för att hantera händelser som kräver omedelbara åtgärder. I dagsläget görs dock bedömningen att det är mer ändamålsenligt att bygga upp en förmåga som kan sättas in med något längre tidsramar. Kostnaderna för att utveckla och förvalta en gemensam snabbinsatsstyrka skulle bli väsentligt mycket högre, eftersom i stort sett alla förberedelser behöver vara gjorda i förväg och således inte kan belasta en specifik insats budget. Kostnader för att eventuellt utveckla en snabbinsatsstyrka kan inte rymmas inom MSB:s nuvarande förvaltningsanslag.

Mandat och finansiering av insatser

Inom den verksamhet som bedrivs till stöd för insatser strävar MSB efter en så likartad hantering som möjligt av alla typer av händelser, där målet är att samtliga ”operativa leveranser” så långt det går ska kunna användas både nationellt som internationellt. Vad gäller mandat, uppdrag och finansiering av verksamheten är det dock olika förutsättningar och krav, bl.a. enligt MSB:s instruktion.

Nationella insatser

De nationella insatserna och beredskapen för dessa kan grovt delas in i 4 olika kategorier med olika mandat, former för finansiering och behov av beslut;

1. Den första typen av nationellt stöd är att stödja kommunal räddningstjänst vid allvarliga olyckor⁹¹ efter förfrågan av räddningsledaren för insatsen. Det förutsätter att MSB normalt bedriver den typen av verksamhet eller själva har den kompetensen. Finansiering sker genom Förvaltningsanslaget 2.7.
2. Den andra typen är att stödja de andra nordiska länderna (Danmark, Finland Norge, Island) vid olyckor eller överhängande fara för olyckor, enligt 9 kap. LSO och NORDRED-avtalet om bistånd vid olyckshändelser i fredstid. Ett stort antal gränskommunala avtal mellan kommu-

⁹¹ Enligt Lag (2003:778) om skydd mot olyckor

ner i Sverige och kommuner i Finland, Norge och Danmark har ingått i anslutning till Nordredavtalet. Den hjälpande staten har rätt till ersättning av den hjälpsökande staten för kostnaderna för sina åtgärder, i den mån dessa är att hänföra till det lämnade biståndet.

3. Den tredje typen är att stödja kommunal räddningstjänst vid allvarliga olyckor (enligt LSO) då MSB normalt inte bedriver den typen av verksamhet eller själva inte har den kompetensen. Det kan vara då MSB för att kunna upprätthålla förmågan inte har egen personal utan behöver ta in extern personal via resursbasen. Detta är vanligt vid kemikalieolyckor och händelser inom ramen för CBRN och det kan också bli aktuellt för förstärkningsresurserna till stöd för samordning och ledning (FSOL) och Vårdlandsstöd (HNS). Stöd kan i sådana fall ges genom att ”mäkla resurser” efter förfrågan av räddningsledaren för insatsen. Stödet ska då normalt finansieras av den som begärt stödet.
4. Den fjärde typen av insatser där MSB också, efter godkännande från Regeringskansliet, kan stödja är vid planerade händelser/eventemang som inte är att hänföra till olycka eller kris (som vid Obamas besök i Stockholm och Påvebesöket i Lund). Stödet ska då som regel bekostas av den part som begärt stödet om inte Regeringskansliet beslutar annat.

Internationella insatser

Inom den internationella insatsverksamheten⁹² får MSB genomföra insatser endast under förutsättning att insatserna finansieras av någon annan än myndigheten. Det samma gäller vid insatser inom ramen för EU:s civilskyddsmekanism⁹³ där den part som efterfrågar stödet också förväntas finansiera insatsen.

MSB har en mindre anslagspost (del av krisberedskapsanslaget) för viss internationell säkerhetsfrämjande och humanitär verksamhet som får användas först efter beslut av Regeringskansliet (Justitiedepartementet). Anslagsposten avser vissa internationella civila insatser i fredstid av förtroendeskapande, humanitära och säkerhetsfrämjande skäl, för att civila resurser ska kunna stödja länder som inte kategoriseras som biståndsmottagande land av OECD/DAC vid en allvarlig kris eller inför en möjlig allvarlig kris. Anslagsposten får även användas för att finansiera fredstida stöd vid en allvarlig kris eller inför en möjlig allvarlig kris i Sverige då vi tar emot stöd från andra länder.

MSB:s förvaltningsanslag förutsätts *endast finansiera beredskap* för insatser (inklusive utbildning för personal som upprätthåller denna beredskap) medan själva insatserna/åtgärderna som MSB vidtar kopplat till specifika händelser alltså ska finansieras av en extern part. Beroende på vad det är för typ av insats och med vilket mandat händelsen hanteras behöver beslut fattas på olika nivåer och finansieringen säkerställas.

För humanitära biståndsinsatser har MSB överenskommelsen med Sida inom två huvudområden: humanitära insatser i krisområden och katastrof-riskreducering vilka inkluderar finansiering. MSB:s samlade kompetens, samt svenska biståndspolitiska prioriteringar ligger till grund för bedömningarna om vilka insatser som är relevanta och genomförbara. I de fall hälsohot

⁹² Förordning (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, 8 §

⁹³ Förordning (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, 9 §

är del av humanitär insats finns möjlighet för Sida att finansiera insatsen medan den möjligheten inte finns om det är direkta hälsohot utan humanitär insats. För att stärka relevansen och effektiviteten i MSB:s humanitära insatser kopplas de också till de tematiska och geografiska prioriteringarna för biståndsverksamheten.

De humanitära insatserna som finansieras av Sida kan delas in i 4 kategorier:

1. Faktagrundad planering och prioritering av biståndets genomförande på operativ och global nivå (*humanitära insatser i krisområden*)
2. Förstärkt kapacitet hos FN, EU och andra internationella aktörer att genomföra snabb, effektiv och ändamålsenlig respons för att möta behoven hos drabbade kvinnor, män, flickor och pojkar i händelse av eskalerande eller hastigt uppkomna kriser och katastrofer, (*humanitära insatser i krisområden*)
3. Stärkt samordning före, under och efter kriser och katastrofer genom att ge förutsättningar för humanitär närvaro i drabbade områden (*humanitära insatser i krisområden*)
4. Bidra till ökad motståndskraft i samhällen och länder genom att stärka kapaciteten hos ansvariga aktörer att förebygga, förbereda sig för, samt effektivt hantera, kriser och katastrofer. (*katastrofriskreducering*)

I samband med ebolautbrottet i Västafrika 2014 gjordes ett undantag från ovanstående principer då MSB fick i uppdrag direkt av regeringen att genomföra insatser i området. Syftet med insatsen i Västafrika var att bidra med hälso- och sjukvårdsinsatser samt andra relevanta resurser, som exempelvis logistikstöd. MSB:s huvudfokus var att stödja Liberia men även Sierra Leone som varit direkt ebolarelaterade. MSB genomförde den omfattande insatsen i samarbetade med flera svenska myndigheter och organisationer.

En av grundförutsättningarna för att MSB ska kunna leverera stöd internationellt är väl etablerade samarbeten med mottagande organisationer, framför allt inom FN-systemet. Dessa samarbeten manifesteras allt som oftast i etablerade beredskapsavtal. MSB har regeringens bemyndigande att ha så kallade beredskapsavtal (*Standby Partner Agreements eller Emergency Agreements*) med ett flertal FN-organisationer, däribland WFP, OCHA, Unicef, UNHCR, WHO, UNOPS/UNMAS samt UNDP. MSB har också avtal med ICRC och IOM. Även om det finns möjlighet att upprätta insatsspecifika avtal, i de fall insatser efterfrågas av partners med vilka vi inte har avtal med och om insatsen bedöms vara relevant, är globala beredskapsavtal avgörande för ett snabbt, tillförlitligt och effektivt stöd.

Avtalen säkerställer MSB:s relevans och att myndigheten som statlig operativ biståndsaktör stärker och kompletterar prioriteringarna i det svenska biståndet. Avtalen bidrar också till en förutsägbar global beredskap, genom att partners behov och MSB:s mandat och kapacitet tydliggörs. Vidare inkluderas roll- och ansvarsfördelning samt vilka typer av situationer och inom vilka områden samarbete sker. Avtalen, med rättslig grund, skapar ett tydligt ramverk för samarbetets genomförande. Det säkerställer också att parterna har en gemensam syn på samarbetes övergripande syfte och mål.

Avtalen innehåller även instruktioner kring beredskapshållning och praktiskt hantering och genomförande av insatsverksamhet, då övergripande

rutiner och processer tydliggörs, bland annat kring utlarmning. Detta är en viktig förutsättning för att kunna agera snabbt och kraftfullt i utmanande humanitära situationer.

Tids- och kostnadsuppskattning för uppbyggnad och bevaring

I dagsläget kan vi inte dela detaljerade beräkningar för de kostnader som skulle uppstå och den tid som skulle behöva planeras för att utveckla MSB:s stöd kopplat till de resurser som Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen redovisat. MSB kan dock konstatera att det är förenat med omfattande kostnader att upprätthålla beredskap 24/7, lagerhålla resurser, att utbilda och öva personal samt att aktivera och sända ut både personal och teknisk utrustning. Av den anledningen är MSB:s inställning att resurserna ska finnas till förfogande för olika typer av insatser i form av generiska resurser eller insatsmoduler. I de fall modulerna registreras i EU:s frivilligpool utgår vi från att täckning för anpassningskostnader kan sökas hos Kommissionen. Det är också Kommissionens inriktning att fortsätta bygga upp resurser i form av moduler eller andra på förhand definierade resurser och experter. Detta underlättar också flexibilitet att möta nya hot och risker och att olika länders resurser kan nyttjas tillsammans i insatser.

Socialstyrelsens rapport

Socialstyrelsens arbete har innefattat tre områden:

- en kartläggning av ansvarsförhållanden för den svenska hälso- och sjukvårdens aktörer, rättslig grund för genomförande av hälso- och sjukvårdsinsatser utomlands samt gällande avtal med internationella aktörer,
- en nationell behovsbedömning utifrån myndighetens och landstingens förmåga till omhändertagande av stora skadeutfall vid allvarlig händelse, antagonistiska allvarliga händelser och krig, samt,
- en internationell behovsbedömning, inklusive en kartläggning av olika internationella aktörers utgångspunkt för sitt arbete, samt hur de nationella behoven eventuellt möter denna.

Vid dessa kartläggningar eftersöktes perspektiv på svensk insatsförmåga vid nationella och internationella allvarliga händelser och katastrofer. Kartläggningen har utgått från Socialstyrelsens rapport om traumavård vid allvarlig händelse⁹⁴, genomförd nationell simuleringsövning av antagonistisk händelse⁹⁵ samt genomförd ledningsövning med ett antal landsting och Forsvarsmakten⁹⁶.

Synpunkter och uppfattningar om hur detta arbete kan utvecklas har främst inhämtats från workshops och möten med hela eller delar av den till Socialstyrelsen anknutna katastrofmedicinska expertgruppen samt inom ramen för det pågående samverkansprojektet Totalförsvarets sjukvårdssystem.

Den internationella behovsinventeringen och kartläggning av olika internationella aktörers utgångspunkt har främst inhämtats från informationsunderlag, möten och workshops med WHO:s operativa enhet Emergency Medical Teams (EMT) samt Directorate General for European Civil Protection and Humanitarian Aid Operations (DG-ECHO).

Synpunkter och förslag på hur svenska utvecklade nationella förstärkningsresurser på sikt kan matcha uttryckta internationella behov och i förlängningen stärka den nationella förmågan genom erfarenhet- och kunskapsinhämtning har främst inhämtats från workshops och möten med WHO:s EMT-initiativ samt workshops och möten med nordiska hälso- och sjukvårdsmyndigheter inom ramen för NORDHELS.

Socialstyrelsen har under hela arbetet med uppdraget utgått från sina instruktionsenliga uppgifter samt hur den svenska hälso- och sjukvården är organiserad. Det är myndighetens övergripande bedömning att för att en insatsförmåga ska vara effektiv vid en sällanhändelse bör den, i största möjliga mån, utföras av personal som arbetar med liknande uppgifter i vardagen, om än i mindre skala. De resurser och förslag som presenteras i Socialstyrelsens aktörsspecifika rapport utgår därför från ett nationellt perspektiv. Detta är i linje med internationella rekommendationer där det som efterfrågas för internationella insatser är existerande nationella förmågor för att säkerställa kvalitet och effektivitet.

Ett effektivt omhändertagande i resursknappa miljöer till följd av naturkatastrofer eller komplexa situationer ställer höga professionella krav på

⁹⁴ <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19952/2015-11-5.pdf>

⁹⁵ <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20361/2016-10-7.pdf>

⁹⁶ <http://www.forsvarsmakten.se/sv/aktuellt/2016/11/forsvarsmakten-genomfor-stor-ledningsovning/>

vårdgivaren; att med begränsade resurser bistå så många människor som möjligt samtidigt som kvalitén på insatsen måste vara i linje med vedertagna principer. Detta synsätt skiljer sig inte från den nationella katastrofmedicinska doktrinen. Genom att utveckla nationella hälso- och sjukvårdsförmågor som kan svara mot internationella uppkomna behov skulle tillgången på erfaren personal stärka, öka och effektivisera Sveriges förmåga för katastrofmedicinskt omhändertagande. Därför skulle svenska hälso- och sjukvårdinsatser i utlandet, förutom att vara en del av politiska eller biståndsmässiga beslut, bidra till att förbättra förutsättningarna vid nationell inträffad allvarlig händelse.

Sammanfattningsvis bedömer Socialstyrelsen att myndigheten bör kunna utveckla ett katastrofmedicinskt insatsteam som utgår från myndighetens existerande resurser. Insatsteamet bör innefatta en expertmodul och en sjukvårdsmodul. Sjukvårdsmodulen bör, när den är färdigutvecklad, kunna verka i befintliga fasta hälso- och sjukvårdsstrukturer (motsvarande *specialized EMT*) eller rörliga förstärkningsresurser (motsvarande EMT 1–3 beroende på typ av förstärkningsresurs). Målsättningen med det katastrofmedicinska insatsteamet är att stödja drabbat landsting vid nationella allvarliga händelser, vid en konsulär insats hjälpa personer med anknytning till Sverige⁹⁷, stödja regionen och EU vid allvarliga händelser samt bistå andra länder vid en katastrof i utlandet inom ramen för existerande samarbetsavtal och den katastrofmedicinska insatslagen efter regeringens beslut. Vid internationella förfrågningar om stöd till hälso- och sjukvårdsinsatser behövs enligt Socialstyrelsen samverkansmodeller mellan berörda aktörer för att säkerställa en kvalitetssäkrad respons. Implementering av myndighetens förslag har främst utgått från hur myndigheten får använda sitt förvaltningsanslag samt framtagna alternativ för utökad finansiering av planerad förmågeutveckling i enlighet med budgetunderlaget för 2018–2019.

Behovsanalys – Internationellt perspektiv

Navet i EMT-initiativets arbete är att stötta katastrofdrabbade länder med en samordnad och behovsbaserad respons. Genom en EMT-koordineringscell ska det drabbade landets hälsomyndigheter få stöd med integreringen av internationella EMT i det nationella hälso- och sjukvårdssystemet. En effektiv koordinering av operativa resurser har även identifierats i Socialstyrelsens arbete med övriga nordiska länders hälso- och sjukvårdsmyndigheter. Erfarenheter från nordiska övningar och workshops visar t.ex. att länder använder begrepp som lägesbild på olika sätt och att kriterier för triagering varierar. Det finns ett stort behov av att arbeta fram operativa rutiner för hälso- och sjukvårdssektorn inom ramen för våra regionala samarbetsavtal såsom NORDHELS, bl.a. genom att undersöka vilka förutsättningar och eventuella hinder varje land har när det gäller att dela lägesbilder. Nordiska samverkanskonferenser blir sannolikt ett viktigt verktyg i denna process. Under en workshop som anordnades av Socialstyrelsen under hösten 2016 inom ramen för NORDHELS identifierades följande områden som kritiska för god regional samordning i ett insatsperspektiv:

- Gemensam terminologi

⁹⁷ Socialstyrelsen ska samordna de katastrofmedicinska insatserna som ingår i Stödstyrkan som samordnas av MSB.

- Tydlig nationell kontaktpunkt varje land
- Tydliga kommunikationsvägar för att begära och ge hjälp
- Planer för behovsinventering i drabbat land (förberedda inventarielistor)
- Samlad/gemensam lägesbild
- Begäran om hjälp måste innehålla en tidsram (checklist/rutin)
- Direkt kontaktvägar mellan sjukhus
- Behov av avtal för att kunna använda andra länders tjänster ex ambulanser
- Drabbat lands incidenthantering måste ha command-and-control av alla resurser

Kvalitetssäkringsarbetet på WHO:s EMT-initiativ utgår från miniminormer och riktlinjer som publicerades av WHO 2013⁹⁸ med stöd av Socialstyrelsen. Efter publicering av dessa riktlinjer har arbete för en kartläggning och samordning av klinisk hälso- och sjukvårdsrespons bedrivits i samband med ett flertal katastrofer, hälsohotkriser och komplexa kriser bl.a. tyfonen Haiyan (Filippinerna, 2013), ebolautbrottet (2014–2015), cyklonen Pam (2015), jordbävningen i Nepal (2015) och den pågående Mosuloffensiven i Irak (2016–). Team som vill ingå i kvalitetssäkringsregistret⁹⁹ ska uppfylla allmänna krav och tekniska kriterier för något av de EMT kategorier som presenteras i (bilaga 4).

Drygt 70 statliga (civila och militära) och icke-statliga aktörer har vid början av 2017 anmält sina EMT till kvalitetssäkringsregistret. Sju statliga aktörer har genomgått hela processen vilket innebär att dessa organisationers EMT (kvaliteten på resurser, sammansättning av utrustning och personal) har granskats och bekräftats av WHO. Endast en av dessa aktörer har ett klassificerat EMT typ 3; det militära teamet Israel Defence Force. EMT-sekretariatet förväntar sig inte att det finns så många fler organisationer som har en existerande EMT typ 3 förmåga som uppfyller alla krav och kriterier och stöttar därför bl.a. ett samarbete inom EU under namnet European Modular Field Hospital (EUMFH) där nio organisationer från ett flertal länder samarbetar för att skapa en gemensam EMT typ 3 förmåga. Även EMT typ 2 kapacitet saknas i den europeiska regionen; drygt 30 team som kan mobiliseras har registrerats av sina organisationer, majoriteten av dessa är EMT 1 och endast fem EMT typ 2 har påbörjat kvalitetssäkringsprocessen.

I praktiken är det med största sannolikhet regionala aktörer som kommer att hinna respondera under de första kritiska 24 timmarna. Om existerande hälso- och sjukvårds faciliteter förblir intakta bör det uppstådda behovet av tillfällig hjälp tillhandahållas av nationella eller regionala team snarare än internationella team.

Om så inte är fallet är de självförsörjande internationella EMT:s primära roll att tillfälligt fylla de luckor som uppstår i det nationella sjukvårdssystemet efter en inträffad allvarlig händelse. Längden för en insats med ett EMT bör därför inte överstiga 21 dagar, men kan förstas förlängas vid begäran från drabbat land. EMT-sekretariatet har under 2016 och början av 2017 uttryckt att man efterfrågar utveckling av stora, robusta EMT typ 2 och 3 för internationell respons, och då framförallt förmågor som kan verka i komplexa miljöer eller respondera på smittsamma sjukdomsutbrott.

⁹⁸ http://www.who.int/hac/global_health_cluster/fmt_guidelines_september2013.pdf

⁹⁹ Ett verktyg som skapats för att det katastrofdrabbade landet ska kunna få korrekt och effektivt stöd.

Behovsanalys – Nationellt perspektiv

Den av regeringen publicerade nationella säkerhetsstrategin anger inriktningen och utgör ett ramverk för det arbete som krävs för att gemensamt värna Sveriges säkerhet, inom och mellan olika politikområden. Strategin ger en övergripande bild av den senaste tidens säkerhetsutveckling och konstaterar att bekämpningen av antagonistiska hot mot Sverige kräver kompletterande, förebyggande och repressiva åtgärder. Säkerhetsstrategin fastställer att hälso- och sjukvården förväntas ha en beredskap för att kunna hantera och begränsa samhällskonsekvenserna av ett terrorattentat.

Förväntningarna på hälso- och sjukvården fortsätter vidare på hotskalan i totalförsvarsplanering som utgår från att Sverige ska planera för höjd beredskap och krig. Socialstyrelsen har som bevakningsansvarig myndighet ett särskilt ansvar inför och vid höjd beredskap och det förväntas att myndigheten återupptar planeringen för att bidra till det militära försvarets operativa förmåga. Den civila sjukvårdens beredskap för krig avvecklades under 1990-talet och den svenska kirurgiska operationskapaciteten har sjunkit avsevärt under de dryga två decennier som följt. Enligt en kartläggning utförd år 2014 är den militära förmågan av kirurgiskt omhändertagande reducerad till ca 1 % av tidigare kapacitet¹⁰⁰.

Sverige saknar naturliga incitament för utvecklingen och förvaltningen av beredskap för plötsligt uppkomna naturkatastrofer som i storlek är jämförbara till händelser i vår omvärld. Utvecklingen av sådana hälso- och sjukvårdsresurser skulle därför främst utvecklas med utgångspunkt från en politisk vilja att skapa en humanitär biståndskapacitet med denna förmåga. Däremot är Sverige fortfarande sårbart för allvarliga händelser som kan resultera i skadepanoraman som liknar ovannämnda katastrofer. Kross- och lemskador som drabbar jordbävningsoffer omhändertas ofta i resursknappa miljöer men enligt grundläggande medicinska principer som om de uppstått efter exempelvis en tågkrasch.

Skadepanoramat som uppstår efter ett antagonistiskt användande av sprängmedel och/eller skjutvapen finns välbeskrivet i klinisk och vetenskaplig litteratur. Omhändertagandet av offer för sådant våld har också redovisats i handböcker där utgångspunkten är krigskirurgiska vårdprinciper¹⁰¹. De terrorattentat som inträffat i Europa 2015–2016 har, utöver antalet avlidna, resulterat i kritiskt skadade patienter som belastat sjukvården och krävt en god förmåga i traumaomhändertagande av både barn och vuxna i länder som inte befinner sig i en pågående konflikt. Omhändertagandet efter bl.a. terrorattackerna i Paris (november 2015) och Bryssel (mars 2016) har resulterat i flertalet lärdomar som kommunicerats i olika forum för effektiv katastrofmedicinsk ledningsförmåga inom EU¹⁰². Behovsanalysen för hälso- och sjukvårdens omhändertagande efter en antagonistisk attack mot civila visade bl.a. på följande:

- Hälso- och sjukvårdens regionala och nationella aktörer behöver rutiner för händelser med stort skadeutfall och dessa rutiner bör vara väl samordnade med framförallt Polisens rutiner.

¹⁰⁰ Försvarshögskolan 2014 "Reduktion av svensk kirurgisk operationskapacitet vid höjd beredskap" (Blimark)

¹⁰¹ https://extranet.who.int/emt/sites/default/files/_A%20Field%20Guide_7.8%20MB.pdf

¹⁰² Workshop: "Responding to Terrorist Attacks", DG-ECHO, Bryssel 20-21 September 2016

- Sjukvårdspersonal som ska arbeta med omhändertagandet av patienter vid antagonistiska händelser ska vara tränade i team-konstellationer samt ha goda kunskaper i så kallad ”damage control”, inklusive användningen av tourniqueter. Blödningar måste kunna stoppas redan på skadeplats innan vidare transport eftersom det exempelvis kan uppstå en stor brist på ambulansresurser.
- Sjukvårdspersonal som arbetar på skadeplats måste ha en god förmåga att kunna avgöra när skadeområdet är eller blir en så kallad ”het zon” pga. pågående våld. Sjukvårdsledaren ska ha kunskap om hur denne ska arbeta under sådana omständigheter och samt ha förmågan att ändra placering. Både vid händelserna i Paris samt Bryssel var en stor andel av personalen i skadeområdet militärt utbildad med kunskap om arbete i het zon och damage control vilket uppfattades gynna deras arbetsförmåga.
- Regional och nationell nivå ska ha en god förmåga till samordning och ledning för att på mycket kort tid dirigera rätt patient till rätt nivå. I Paris orsakade de många traumafallen att operationskapaciteten på sjukhusen blev en flaskhals för omhändertagandet och en god förmåga i triagering har identifierats som nödvändig för liknande händelser.

Det är Socialstyrelsens bedömning att de katastrofmedicinska behoven som uppstår efter en terroristattack befinner sig på samma skala av behov som sedan eskaleras vid ett gråzonsläge, höjd beredskap och slutligen krig. I en gråzon kan en krigshandling initialt ge sken av att vara en lokal, allvarlig händelse eller en terrorhandling vilket kan medföra att sjukvården mycket snabbt kan belastas av både civila och militära skadade samtidigt som de lokala sjukhusens funktion reducerats. I gråzon och krig ska Försvarsmaktens behov av primärkirurgi och övrig traumavård tillgodoses av den landstingsdrivna sjukvården, dvs. hela landets behov av traumakirurgi i kris och krig ska täckas av den civila sjukvården. Det primära behovet av kirurgisk förmåga vid kris och krig beräknas öka med en tredjedel jämfört med fredstid¹⁰³ och livräddande traumakirurgi behöver utföras inom 72 timmar för att vara effektiv, därefter minskar nyttan och överlevnaden. Behovet av sekundärkirurgi samt bl.a. kirurgisk sårvård ökar också med drygt en tredjedel jämfört med fredstid.

En systematisk planering och andra aktiva förberedelser inför höjd beredskap har inte bedrivits inom hälso- och sjukvården på åtskilliga år. Generellt har den civila sjukvården genomgått stora förändringar präglade av medicinsk utveckling med hög grad av specialisering. Den beredskap för stora skadeutfall i händelse av höjd beredskap och krig som de svenska akutsjukhusen tidigare hade, finns inte längre kvar. Beredskapslager av läkemedel och förbrukningsartiklar för kirurgisk verksamhet finns endast förrådsställda i begränsad omfattning.

I november 2015 slutrapporterade myndigheten regeringsuppdraget om traumavård vid allvarlig händelse till regeringen. Rapporten visade bl.a. att en tredjedel av landstingen saknar samordning mellan särskilda planer för prehospital styrning av traumapatienter och den regionala katastrofmedicinska beredskapsplanen, vilket bedöms utgöra en sårbarhet. Vidare hade hälften av landstingen inte säkerställt tillgången till luftburen transport av

¹⁰³ Arbetsmaterial och möten inom projektet Totalförsvarets sjukvårdssystem

traumapatienter, även då geografiska och tidsmässiga faktorer så kräver. Svårt skadade patienter vid allvarliga händelser kräver ett multidisciplinärt och tvärprofessionellt omhändertagande och den kirurgiska verksamheten har ofta en nyckelroll för att avgöra sjukhusens kapacitet att ta emot drabbade vid ett större skadeutfall. Mot bakgrund av detta skulle Sveriges hälso- och sjukvårdskapacitet vid stora skadeutfall stärkas genom en rörlig förstärkningsresurs i befintliga strukturer eller i form av rörliga moduler såsom hela eller delar av ett fältsjukhus.

En viktig slutsats i rapporten till regeringen var behovet av övningar inom sektorn för att öka den nationella operativa förmågan att hantera en allvarlig händelse. Händelser i vår omvärld under hösten 2015 med bl.a. en höjning av det nationella terrorhotet i november satte än mer fokus på vikten av slutsatserna från uppdraget och samverkan med landstingen runt dessa händelser gav ytterligare stöd för vikten av övning. Nära 80 procent av landstingen uppgav efter terrorhøjningen att om något likande Parishändelserna inträffar i Sverige kommer stöd från andra hälso- och sjukvårdsaktörer vara avgörande.

Under våren 2016 genomförde myndigheten en övning av hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera en allvarlig händelse med många skadade. Socialstyrelsen prövade de slutsatser som dragits i traumavårdsuppdraget vad gäller förbättringsområden på lokal och regional nivå samt vad nationell samordning innebär i praktiken. Resultatet av rapporten syftar till att framhålla utvecklingsområden som kan utgöra ett underlag för att stärka hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera konsekvenserna av en allvarlig händelse. En för myndigheten viktig slutsats i rapporten är möjligheten att etablera en funktion för nationell samordning som ger hälso- och sjukvårdens aktörer förutsättningar till en bättre behovs- och resursmatchning vid allvarliga händelser. Detta innebär ett arbete i föreperspektivet, ett förutsägbart arbete i under-en-händelseperspektivet och ett system för omhändertagande av erfarenheter.

Resurser, utveckling och förvaltning

Socialstyrelsens krisberedskapsroll och den katastrofmedicinska beredskapen

I enlighet med myndighetens instruktion ska Socialstyrelsen arbeta med kunskapsstyrning, kunskapsutveckling, kunskapsstöd och kunskapsförmedling – *expertrollen*. Myndigheten har även förvaltningsuppgifter, som till exempel behörighet och tillstånd samt arbete med föreskrifter och allmänna råd. Detta är myndighetens – *förvaltnings- och regelgivande roll*. Vidare innebär den *stabslikande rollen* att myndigheten ska bistå regeringen med underlag och expertkunskap för utvecklingen och styrningen inom verksamhetsområdet. Slutligen är den roll som fått ett ökat fokus de senaste åren myndighetens *krisberedskapsroll*¹⁰⁴.

Socialstyrelsen har ett samlat ansvar för att expertis utvecklas och upprätthålls samt att kunskap sprids om katastrofmedicin, och krisberedskap inom myndighetens verksamhetsområde. Myndigheten ska även verka för att

¹⁰⁴ Socialstyrelsens strategiska färdplan

expertis inom dessa områden står till samhällets förfogande vid kriser och katastrofer.

Katastrofmedicin är inte en egen specialitet eller subspecialitet utan snarare en vidareutbildningsprofil där den ursprungliga specialiteten kan vara skiftande liksom utövarens grundutbildning. Socialstyrelsen finansierar verksamhet som bedrivs vid fem kunskapscentrum i katastrofmedicin knutna till universitet och universitetssjukhus i syfte att upprätthålla kvalificerad nationell kompetens inom katastrofmedicin och krisberedskap. Myndigheten beslutar om inriktningen för verksamheten samt stödjer och följer upp verksamheten för att se till att den bedrivs effektivt. Dessa kunskapscentrum har bidragit till att svensk katastrofmedicinsk forskning i dag står sig relativt stark vid en internationell jämförelse.

Att bedriva en verksamhet effektivt behöver bedömas utifrån kriterier utöver genomslag av forskningsresultat, särskilt inom ett verksamhetsområde som är, i ett internationellt perspektiv, mycket diversifierat. Det nationella operativa katastrofmedicinska beredskapsarbetet bedrivs av landstingen utifrån Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2013:22) efter principen att det arbete som förväntas utföras av utbildad personal vid stora olyckor och katastrofer måste utgå från det dagliga arbetet. Fokus har därför flyttats från att enbart specialutbilda nyckelpersoner till att utbilda de som har störst sannolikhet för att hamna i både mindre, som större händelser. För att hanteringen av en katastrof ska vara effektiv krävs en operativ och samverkansvana i ett före-, under- och efter-perspektiv på lokal, regional och nationell nivå. Detta gäller även Socialstyrelsen som har en krisledningsorganisation för att möta allvarliga händelser. Myndigheten har en utbildad och övad TiB, krisledningens funktioner för analys/samverkan, kriskommunikation samt operativ chef i beredskap dygnet runt.

Grunden för en god krisberedskap och katastrofmedicinsk förmåga

Socialstyrelsens strategiska mål på kort sikt är att en samlad nationell plan för både trauma- och katastrofmedicinsk utbildning och övning finns på plats. Utvecklingsområden som identifierats för att ytterligare stärka myndighetens och hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera konsekvenserna av en allvarlig händelse ska omhändertas genom etableringen av en funktion för nationell samordning av traumavårdskedjan vid allvarliga händelser med stora skadeutfall.

Myndighetens fastslagna målsättning för år 2020 är att ha utvecklat sin roll som en trovärdig nationell samordnare för insatser till stöd för verksamheterna inom hälso- och sjukvård och socialtjänst i det förebyggande arbetet. Myndigheten har även förmågan att hantera ett ansvar att samordna resurser vid allvarlig händelse samt leda och prioritera landstingens resurser under höjd beredskap om så efterfrågas i enlighet med HSL.

Mot bakgrund av de förväntningar som ställs på myndigheten inom arbetet för civilt försvar inledde Socialstyrelsen och Försvarsmakten 2015 projektet Totalförsvarets sjukvårdssystem. Inom ramen för projektet samverkar de båda myndigheterna för en nationell samlad utveckling av Sveriges katastrofmedicinska förmåga. En myndighetsgemensam styrgrupp leder och inriktar arbetet inom fyra områden; väpnat angrepp mot Sverige, militära insatser

utomlands, katastrofmedicinskt koncept i fredstid och civil-militära internationella insatser.

Operativt utvecklingsarbete

Arbetet under bland annat ebolautbrottet ledde till en ökad förståelse för komplexiteten i genomförandet av hälso- och sjukvårdsinsatser i utlandet och vikten av att på förhand ha utarbetade rutiner för hela insatskedjan i ett föreperspektiv. Hälso- och sjukvården skiljer sig från andra räddningsinsatser i att vårdgivaransvaret inte försvinner bara för att den akuta åtgärden är uträttad.

Det vore önskvärt om myndigheten kunde bistå med sin expertroll utan särskilda regeringsbeslut i enskilda fall. Detta skulle exempelvis kunna tydliggöras i myndighetens instruktion.

Myndigheten har genom Kunskapscentrum i katastrofmedicin vid Karolinska institutet¹⁰⁵ bistått WHO med expertstöd; både under ebolautbrottet, under jordbävningen i Nepal (år 2015) och under den pågående Mosuloffensen. Finansiella och operativa instrument för att kunna utveckla och systematisera responsen på inkomna förfrågningar saknas dock i dagsläget.

Att utveckla operativa rutiner och riktlinjer inom ramen för de svenska samarbetsavtal som berör svenskt stöd till internationella hälso- och sjukvårdsinsatser är därför ett prioriterat utvecklingsarbete som pågår på myndigheten för att öka förmågan nationellt och regionalt.

Tydliga och upparbetade kontaktvägar är etablerade mellan Socialstyrelsen och landstingens TiB:ar och regelbunden samverkan som är kunskaps- och höjande för alla parter sker på veckobasis. Kontakterna mellan TiB-funktionerna hos myndigheten och dess nordiska motsvarigheter är idag inte så frekventa och har hittills använts främst vid större händelser och övningar. Ett mer systematiskt samarbete och rutin för samverkan mellan dessa myndigheters respektive TiB-funktioner är under utveckling. Genom att operationalisera samt vidareutveckla denna rutin kan man skapa bättre förutsättningar för att vid en allvarlig händelse i ett av länderna skapa förståelse hos grannländerna för situationen, hur den hanteras genom de resurser som finns tillgängliga samt identifiera risken att situationen utvecklas på ett sådant sätt att en förfrågan om internationellt stöd kan komma att bli aktuell. Genom en närmare operativ kontakt i ett tidigt skede mellan TiB-funktionerna kan man därigenom även ge förutsättningar för grannländerna att i förväg inför en eventuell förfrågan undersöka vilka förstärkningsresurser som finns tillgängliga.

Socialstyrelsens förslag till permanent hälso- och sjukvårdsförmåga för deltagande i internationella insatser

Katastrofmedicinskt insatsteam

Socialstyrelsen överväger att, i dialog med landstingen och nationella aktörer, skapa ett katastrofmedicinskt insatsteam inom ramen för instruktionsenligt uppdrag att upprätthålla kvalificerad nationell kompetens inom

¹⁰⁵ Som sedan december 2016 är ett s.k. WHO collaborative center för forskning

katastrofmedicin och krisberedskap. Det katastrofmedicinska insatsteamet bör innefatta en expertmodul och en sjukvårdsmodul som kan bistå:

- drabbat landsting vid nationella allvarliga händelser;
- personer med anknytning till Sverige i händelse av en konsulär insats¹⁰⁶, samt
- personer utan anknytning till Sverige i händelse av en katastrof i utlandet inom ramen för existerande samarbetsavtal och den katastrofmedicinska insatslagen efter regeringens beslut.

I förarbetena till den katastrofmedicinska insatslagen framgår att åtgärder som att t.ex. samla och sprida information och att evakuera människor som inte är skadade inte räknas som katastrofmedicinska insatser. Det är inte sådana uppgifter som landstingens hälso- och sjukvårdspersonal ska sändas utomlands för att utföra inom ramen för denna lag, även om de på plats i det andra landet givetvis kan komma att utföra sådana sysslor också, beroende på vilka behov som för tillfället föreligger¹⁰⁷. I förarbetena till lagen står det att även om anordnande av sjuktransporter (dvs. inte endast att medföra en transport för att vid behov ge medicinsk vård) och att ta hand om avlidna ingår i vad som brukar avses med hälso- och sjukvård är det inte heller för enbart sådana uppgifter som katastrofmedicinska insatser ska inledas. Den katastrofmedicinska insatslagen är heller inte tillämplig vid i förväg planerade insatser.

Expert- och sjukvårdsmodulerna bör kunna verka separat eller gemensamt. Expert-modulen ska dock ha en tydlig koppling till och inblick i sjukvårdsmodulens rekryteringsprocess samt bistå med expertis gällande utbildning- och övningsplaner. Expertmodulen kan ingå i någon av ovan nämnda insatsformer, men myndigheten anser att det vore lämpligt att den även är tillgänglig för sekonderingar till internationella organisationer och samarbetsländer för en ständigt pågående operativ kunskapsinhämtning.

MSB har för närvarande ett beredskapsavtal med WHO för att bistå med logistik och samordningsstöd. Socialstyrelsen har identifierat ett behov för ett liknande avtal för att kunna tillhandahålla den hälso- och sjukvårdsexpertis som efterfrågas av WHO på regelbunden basis och som Socialstyrelsen skulle kunna svara på med personer från expertmodulen. Detta innebär i förlängningen att Socialstyrelsen behöver kunna systematisera denna förmåga och för det krävs ett finansieringsstöd likt de överenskommelser som MSB har med Sida.

Expertmodulen består av hälso- och sjukvårdspersonal med särskild expertis men även från vissa funktioner i en krisledningsorganisation. Expertmodulens uppbyggnad kommer att utgå från de expertgrupper med ett 30-tal läkare som myndigheten har knutit till sig men ska kompletteras och kompetensutvecklas med nya individer och nya utbildningar för att passa det nya uppdraget. Experterna förväntas delta i profilanpassade nationella ledningsutbildningar och övningar. Internationella utbildningar såsom den för WHO:s EMT-koordineringscell ingår också i kompetensutvecklingen, inte minst för att stärka den nationella förmågan vid händelser i Sverige. Expertmodulens förvaltning och utveckling tillhandahålls av Socialstyrelsen.

¹⁰⁶ Som del av en insats med Stödstyrkan som samordnas av MSB.

¹⁰⁷ Enligt prop. 2007/08:138

Socialstyrelsen överväger att teckna ett avtal för förvaltning och utveckling av det katastrofmedicinska insatsteamets sjukvårdsmodul¹⁰⁸. Myndigheten avser att tillfråga landstingen i ett transparent ansökningsförfarande med syfte att identifiera ett landsting som kan förvalta och utveckla sjukvårdsmodulen, enligt den modell som Västerbottens läns landsting förvaltar och utvecklar personalen som arbetar inom SNAM. Enligt katastrofmedicinska insatslagen ska insatserna tillhandahållas av landstingen i Stockholm, Västra Götaland, Skåne, Östergötland, Uppsala och Västerbotten. Övriga landsting får dock tillhandahålla sådana insatser. Landstingen ska enligt lagen få ersättning av staten dels för kostnader som är direkt hänförliga till katastrofmedicinska insatser som landstinget har utfört utomlands, dels för kostnader som är direkt hänförliga till beredskap för sådana insatser. I förarbetena till lagen beskrivs att som kostnader direkt hänförliga till beredskap räknas t.ex. kostnader för planering samt ersättning exempelvis för kostnader för utbildning av berörd personal och deltagande i övningar. Det ska vara fråga om merkostnader för landstingen för att ersättning ska kunna utgå, inte kostnader som de ändå skulle vidkännas för exempelvis upprätthållande av nationell katastrofmedicinsk beredskap. Den katastrofmedicinska beredskap och resurser som har byggts upp av landstingen för att hantera händelser inom landet bör dock kunna användas även för katastrofmedicinska insatser utomlands¹⁰⁹.

Avtalet ska reglera de kostnader för förvaltning och utveckling samt utbildning och övning som landstinget respektive Socialstyrelsen ska bära under beredskapsskedet. Den beredskap som ska upprätthållas förutsätts anpassas till det behov som bedöms föreligga avseende t.ex. personal, uthållighet och flexibilitet¹¹⁰.

Avtal som ska reglera kostnader som avser logistik, materiel och eventuella läkemedel och förvaltningen av detta kan med fördel tecknas med tredje part såsom MSB. När det nationella katastrofmedicinska insatsteamet är färdigutvecklat och internationella insatser kan komma att bli aktuella anser Socialstyrelsen att den lämpligaste vägen dit är att med stöd av WHO och deras kvalitetssäkringsprogram kartlägga hur transformationen från nationell till internationell respons i så fall bäst bör ske, finansiering för detta kan exempelvis komma från EU.

Rörlig hälso- och sjukvårdsmodul

Försvarsmakten har sedan 2005 arbetat med utvecklingen av ett skapa ett nytt sjukhuskoncept som går ut på modularitet i enlighet med NATO-standard. Fältsjukhusen kan med andra ord delas in i moduler avseende materiel, personal och kompetens vilket innebär att det kan utnyttjas helt eller i delar – nationellt eller internationellt. Försvarsmakten förvaltar och utvecklar två modulära fältsjukhus. Modulerna är även applicerbara på andra fältsjukhus som byggts enligt motsvarande standard. Konceptet övas årligen inom ramen för försvarsmedicinskt samarbete i NATO. Under förutsättning att fältsjukhusen är bemannade med utbildad personal, materielsatta, övat med stående

¹⁰⁸ I enlighet med prop. 2014/15:76 att Socialstyrelsen, som ansvarar för den medicinska delen av en katastrofinsats utomlands, tecknar avtal med lämpligt landsting avseende sjukvårdshuvudmannaskapet och vårdgivaransvaret för sådana hälso- och sjukvårdsinsatser som ges utomlands med stöd av katastrofmedicinska insatslagen.

¹⁰⁹ Enligt prop. 2007/08:138

¹¹⁰ Enligt prop. 2007/08:138

rutiner och sätta i beredskap kan dessa verka operativt nationellt eller internationellt genom att stötta militära eller civila insatser. Under dessa omständigheter har varje fältsjukhus en total kirurgisk kapacitet på 8–12 operationer per dygn, en intensivvårdskapacitet för 8 IVA-patienter samt slutenvårdsplatser för 50 patienter.

Fältsjukhusen har i dagsläget en beredskap för att kunna utnyttjas som en mindre, snabbgrupperad hälso- och sjukvårdsmodul med förmåga till livräddande akutsjukvård och begränsad kirurgi, intensivvård samt primärvård. Modulen är tänkt som en "förstyrka" med förmåga att bedriva snabb, allsidig, kvalificerad vård i väntan på att övrig fältsjukhuskonstellation (personal och materiel) anländer. Därmed är uthålligheten på denna modul inte långvarig utan inriktningen är att mängden materiel ska vara begränsad till att kunna packas ombord på ett av Försvarsmaktens transportflygplan (TP 84 Hercules) och att modulen ska vara operativ inom 6 timmar från ankomst till skadestatsplats.

Inom ramen för det gemensamma projektet Totalförsvarets sjukvårdssystem samverkar Socialstyrelsen och Försvarsmakten för att utreda förutsättningar för en anpassning av Försvarsmaktens rörliga hälso- och sjukvårdsresurser till civila aktörers behov i fredstid (nationellt) och i förlängningen internationellt (utefter EMT:s riktlinjer för kvalitetssäkring). Ett delmål i arbetet med projektet är att utreda behov och förutsättningar för en, till dels, gemensam utbildning-, och övningsplan för Försvarsmaktens hälso- och sjukvårdspersonal och den personal som ska ingå i det katastrofmedicinska insatsteamet som beskriv ovan.

Kapitel 3. Aktörsgemensamma slutsatser och åtgärdsförslag

Slutsatser

Slutsatser och åtgärdsförslag som presenteras i detta kapitel är dels aktörsgemensamma men utgår även från respektive myndighets aktörsspecifika rapport. Respektive myndighet har, baserat på expertis och instruktionsenliga uppgifter, kommit fram till följande slutsatser och förslag:

Folkhälsomyndigheten har stor kompetens inom övervakning av smittsamma sjukdomar och både utvecklar och driver effektiva och robusta system för att följa folkhälsan och övervaka sjukdomsförekomst såväl nationellt som internationellt.

Folkhälsomyndighetens personal har expertis inom både fältepidemiologi och laborativ verksamhet och myndigheten föreslår här ett modulbaserat team med dessa kompetenser. Inför internationella insatser behöver dock arbetet vid myndigheten anpassas för fältarbete och stödfunktioner behöver etableras. Vid utsändande av enbart fältepidemiologisk kompetens kommer detta behov vara begränsat medan till exempel ett utsänt fältlaboratorium till största möjliga del behöver kunna vara självförsörjande, till exempel när det gäller elförsörjning och hantering av förorenat avfall, vilket kräver mer stödfunktioner. I arbetet med detta regeringsuppdrag har en nära dialog förts mellan Folkhälsomyndigheten och MSB där detaljer i samarbetet vid insatser har diskuterats. Myndigheterna ser stora fördelar i att dra nytta av respektive expertis istället för att bygga upp parallella system men även till utvecklade rutiner för administrativa delar.

MSB:s utgångspunkt i arbetet med detta uppdrag har varit att utgå från befintliga resurser i stödet till insats. En annan utgångspunkt har varit att resurserna ska vara definierade på förhand, med förmåga att vara självförsörjande för att kunna användas effektivt vid såväl snabbt uppkomna kriser som vid långsammare förlopp t.ex. i kölvattnet av naturkatastrofer. MSB:s resurser för internationella hjälpinsatser är ofta efterfrågade och den kompetens som myndigheten skickar ut från Sverige anses oftast ha en hög grad av systematik och tillförlitlighet. MSB:s generiska resurser inom exempelvis logistik, lagerhållning och personalförsörjning kan nyttjas för olika insatser och är oftast förberedda i form av moduler eller förutbestämda kompetensprofiler. MSB har ett väl etablerat arbetssätt och systemstöd för hanteringen av registerhållning och utlarmning av personal. Detta gör att myndigheten på ett effektivt sätt kan tillfråga och välja ut personal för en insats. MSB kan bidra med generiska erfarenheter av att bygga upp och förvalta olika typer av insatsresurser och att stötta övriga myndigheter med t.ex. logistik, lagerhållning och personalförsörjning om behov finns.

Kopplat till Folkhälsomyndighetens framtagna förslag utgår MSB från att Folkhälsomyndigheten upprätthåller expertkompetensen medan MSB kan komplettera med relevanta stödfunktioner såsom exempelvis IT och logistik.

Likaså skulle relevanta stödfunktioner kunna komplettera Socialstyrelsens internationella förmågor.

Socialstyrelsen har ett samlat ansvar för att expertis utvecklas och upprätthålls samt att kunskap sprids om katastrofmedicin, och krisberedskap inom myndighetens verksamhetsområde. Denna expertis ska stå till samhällets förfogande vid kriser och katastrofer. Att samma expertis står till förfogande inom ramen för de svenska samarbetsavtal som berör svenskt stöd till internationella hälso- och sjukvårdsinsatser anser myndigheten vara önskvärt och det skulle även stärka nationell förmåga vid alvarliga händelser. Inte minst efterhand som myndigheten utvecklar denna kapacitet för ökad katastrofmedicinsk förmåga i Sverige.

Socialstyrelsen anser att myndigheten, tillsammans med utpekade landsting, bör utveckla ett katastrofmedicinskt insatsteam som innefattar en expertmodul och på sikt en sjukvårdsmodul. Expertmodulen bör bestå av individer och teamkonstellationer som även i nationell och regional respons arbetar nära hälso- och sjukvårdsmyndigheter och operativa aktörer och har därmed rätt och uppdaterad kompetens för att bistå med liknande arbetsuppgifter vid en internationell respons. Sjukvårdsmodulen bör, när den är färdigutvecklad, kunna verka i befintliga fasta hälso- och sjukvårdsstrukturer eller rörliga förstärkningsresurser som utvecklats tillsammans med MSB eller nyttjar befintliga resurser hos FM. Målsättningen med det katastrofmedicinska insatsteamet är att stödja drabbat landsting vid nationella allvarliga händelser, vid en konsulär insats hjälpa personer med anknytning till Sverige, stödja regionen och EU vid allvarliga händelser samt bistå andra länder vid en katastrof i utlandet inom ramen för existerande samarbetsavtal och den katastrofmedicinska insatslagen efter regeringens beslut.

Folkhälsomyndighetens, MSB:s och Socialstyrelsens expertis samt instruktionsenliga uppdrag skiljer sig åt vad gäller hur respektive myndighet får använda sitt förvaltningsanslag. Myndigheterna ser dock klara fördelar med att beskrivna moduler och stödfunktioner kan bistå internationella hälso- och sjukvårdsinsatser gemensamt vid behov. Myndigheterna anser att respektive myndighet behöver rekrytera, utse och bära arbetsgivaransvaret för respektive personalkategori i ett beredskapsperspektiv för att säkerställa en god kvalitet och robusthet. För att säkerställa en god kvalitet i personalfrågorna i ett insatsperspektiv behöver fortsatta diskussioner kopplat till anställningsvillkor och stöd under insats ske mellan berörda aktörer.

Utbildningsbehov

För att utveckla en eller flera svenska hälso- och sjukvårdsförmågor där flera myndigheter deltar behöver också myndighetsgemensamma utbildningar tas fram. Personer som ska delta i framtida hälso- och sjukvårdsinsatser behöver, utöver en gedigen yrkeskunskap, få förståelse för de olika myndigheternas roller och ansvar, hur förmågan är uppbyggd och hur den är tänkt att verka i en internationell kontext. Kompetensutvecklingen behöver framförallt kunna anpassas till rådande behov men kan exempelvis innefatta vad det innebär att leda ett hälso- och sjukvårdsteam på uppdrag av svenska staten, samt hur man på internationell nivå interagerar med klustersystemet, WHO, lokala regeringar, hälsodepartement och militären. I de fall enskilda experter med relevant expertis om arbete i internationell kontext ska sekonderas via

befintliga nätverk (såsom GOARN eller EMT-initiativet) är ovanstående utbildningsbehov mindre. Dock behöver även dessa individer utöka sin kunskap vid teaminsatser.

Internationella avtal

Om Sveriges eventuella beredskap för hälso- och sjukvårdsinsatser knyts till någon av de aktuella koordineringsmekanismerna inom EU eller WHO innebär detta ett åtagande och därmed förväntningar på att Sveriges resurser snabbt ska kunna aktiveras vid hälsokriser. I syfte att uppnå detta för berörda myndigheter föreslås att Sveriges existerande Standby-partnership avtal, som MSB har bemyndigats att teckna, utökas på lämpligt vis så att även Socialstyrelsens och Folkhälsomyndighetens expertis kan sekonderas via detta avtal.

Inför internationella insatser innefattande antingen enskilda experter eller Folkhälsomyndighetens PHRRT, MSB:s stödfunktioner eller Socialstyrelsens Katastrofmedicinska insatsteam ses det som fördelaktigt att dessa team är registrerade i existerande system hos WHO och EU (EMC) och att insatser genomförs inom befintliga eller nya beredskapsavtal. Registrering till EMC som en del av frivilligpoolen kräver ett uppdrag från regeringskansliet.

Finansieringssystem

I denna myndighetsgemensamma rapport föreslås utveckling av förmågor som kan ställas till förfogande inom längre tidsramar än ett dygn. Det innebär att förberedelsekostnader som är direkt förknippade med insatsen såsom vaccinering, visumhantering och hälsoundersökningar kan belasta respektive insatsbudget. Finansiering för att upprätthålla nödvändig beredskap för insatser bör täckas av respektive svensk myndighet/aktör som upprätthåller dessa förmågor också för nationella behov. Beredskap för snabbinsatsförmågor kan innebära högre förvaltningskostnader, som dessutom kan stiga ytterligare beroende på hur kvalificerad kompetens som behövs, antal ingående personal och vilken typ av utrustning som ska lagerhållas och transporteras. Hälso- och sjukvårdsinsatser av mer omfattande karaktär ställer därför dels större krav på utveckling av befintliga förvaltningsresurser samt utökade finansiella anslag. Myndighetsspecifika kostnadsberäkningar relaterade till förvaltningsanslaget redovisas i respektive aktörsspecifik del.

Om de nationella resurserna efterfrågas och beslut fattas om att registrera dem i EMC behöver de anpassas till europeiska eller internationella förhållanden och myndigheterna kan då enskilt eller gemensamt ansöka om finansiering från EU för detta.

Under perioden som följt efter ebolautbrottet 2014–2015 har Folkhälsomyndigheten, MSB och Socialstyrelsen på regelbunden basis fått förfrågningar om bistå med hälso- och sjukvårds expertis från WHO:s olika mekanismer (såsom EMT-initiativet, GOARN eller Standby-partnership programmet).

MSB får genomföra internationella insatser endast under förutsättning att insatserna finansieras av någon annan än myndigheten. Detsamma gäller vid insatser inom ramen för EU:s civilskyddsmekanism¹¹¹ där den part som

¹¹¹ Förordning (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, 9 §

efterfrågar stödet också förväntas finansiera insatsen. För humanitära biståndsinsatser har MSB en överenskommelse med Sida inom områdena humanitära insatser i krisområden och katastrofriskreducering, vilken inkluderar finansiering. MSB:s samlade kompetens samt svenska biståndspolitiska prioriteringar ligger till grund för bedömningarna om vilka insatser som är relevanta, genomförbara och som kan omfattas av överenskommelsen med Sida. Inom befintliga ramar för det humanitära biståndet är MSB den enda statliga myndighet som erhåller finansiellt stöd av Sida. MSB saknar dock finansiella instrument för att delta i insatser vid direkta hälsohot utan koppling till humanitär insats. Vid inhämtning av synpunkter från Sida gällande framtida internationella hälso- och sjukvårdsinsatser¹¹² kommunicerades att dessa endast kan finansieras om detta kommer som en strategisk inriktning från regeringen. MSB kan efter beviljande från Regeringskansliet också nyttja del av krisberedskapsanslaget för vissa internationella civila insatser i icke biståndsländer vid en allvarlig kris eller inför en möjlig allvarlig kris.

Folkhälsomyndigheten får i enlighet med myndighetens instruktion bistå med expertstöd vid katastrofer eller allvarliga utbrott av smittsamma sjukdomar i andra länder och stödja svenska civila och militära internationella krishanteringsinsatser, om insatserna finansieras av någon annan än myndigheten. Folkhälsomyndigheten saknar idag ett system för att finansiera ett deltagande i utbrottshantering via exempelvis GOARN.

Socialstyrelsen har genom Kunskapscentrum i katastrofmedicin vid Karolinska institutet¹¹³ bistått WHO med expertstöd; både under ebolautbrottet, under jordbävningen i Nepal 2015 och under den pågående Mosuloffensiven. Socialstyrelsen saknar idag möjligheten att systematisera responsen på inkomna förfrågningar då befintligt ramanslag inte innefattar internationell insatsfinansiering..

Uppbyggnad av myndighetsspecifika förmågor att bidra till internationella hälso- och sjukvårdsinsatser bekostas förslagsvis av dels existerande förvaltningsanslag enligt myndigheternas instruktion, och dels av utökade förvaltningsanslag. Utöver detta tillkommer kostnader för insatser, vilka varierar stort beroende på typ av insats och kontexten i vilket insatsen sker. För att beslut om insats ska kunna ske snabbt och effektivt på myndighetsnivå behöver ett finansieringssystem för detta utvecklas.

Samverkansmodeller i ett insatsperspektiv

FOI:s utvärdering av arbetet under ebolaepidemin 2014–2015 fastställer vikten av samförstånd kring vad samverkan innebär i praktiken och att myndighetssamverkan skulle stödjas av utarbetade riktlinjer för hur detta bäst bör ske och hur beslut ska dokumenteras. Samförstånd om samverkan behöver fastställas från tidpunkten för mottagandet av internationella förfrågningar till och med beslut om insats. Samverkansmodellen bör baseras på instruktionsenliga roller och ansvar för beredskap för säkerställandet av en kvalitetssäkrad och effektiv respons.

¹¹² Möte inom ramen för detta regeringsuppdrag med handläggare på enheten för humanitärt bistånd och verksamhetsledare för hälsorelaterade insatser.

¹¹³ Som sedan december 2016 är ett s.k. WHO collaborative center för forskning

Åtgärdsförslag

Slutsatserna av detta regeringsuppdrag visar på Sveriges förmåga att bistå i internationella hälso- och sjukvårdsinsatser; dels genom anpassning av existerande resurser för internationellt arbete och dels genom vidareutveckling av nationella resurser som på sikt kan delta i internationella insatser. För att stärka, öka och effektivisera myndigheternas förmåga att genomföra utarbetade förslag föreslås ett antal åtgärdsförslag som framförallt berör skapandet av finansiella strukturer och samverkansmodeller. Övrig förmågeutveckling avses ske inom ramen för respektive myndighets instruktionsenliga uppdrag. Specifika behov som är sammankopplade med de föreslagna åtgärdsförslagen finns beskrivet i respektive myndighets aktörsspecifika rapport.

- Myndigheterna anser att det är lämpligt att Sverige deltar i internationella hälso- och sjukvårdsinsatser med sina existerande resurser, de resurser som är under utveckling och de som planeras utifrån denna utredning. Under förutsättning att direkta hälso- och sjukvårdsinsatser bedöms lämpliga att omfattas av biståndsinriktningen föreslås möjligheten att Folkhälsomyndighetens PHRRT och Socialstyrelsens expertmodul inkluderas i MSB:s existerande överenskommelser med Sida. Folkhälsomyndighetens och Socialstyrelsens insatser beräknas i dagsläget ske i betydligt mindre skala än MSB:s årliga internationella insatser men existerande överenskommelser behöver ses över och utökas för att kunna tillgodose också dessa myndigheters insatser utan att begränsa MSB:s möjligheter att genomföra insatser. För att kunna tillhandahålla en kvalitetssäkrad och effektiv insats när Socialstyrelsens sjukvårdmodul är färdigutvecklad kan nya ramanslag för internationella insatser och som kan nyttjas efter beslut av regeringskansliet tas fram.
- Myndigheterna anser att det är lämpligt att det expertstöd som efterfrågas via WHO:s olika mekanismer erbjuds genom befintliga eller nya beredskapsavtal med organisationen för att stödet ska vara relevant, snabbt och högkvalitativt. Detta kan ske genom att nya beredskapsavtal tecknas med WHO när organisationens reformarbete är fullt operationellt. I nuläget bedöms dock att Sveriges existerande Standby-partnership avtal, som MSB har bemyndigats att teckna, bör utökas på lämpligt vis så att även Folkhälsomyndighetens och Socialstyrelsens expertis kan sekonderas via detta avtal.
- Myndigheterna anser att det ökade antalet förfrågningar om deltagande i internationella hälso- och sjukvårdsinsatser behöver samordnas bättre på nationell nivå. Ett flertal internationella aktörer inkommer med förfrågningar om stöd via ett flertal mekanismer till olika myndigheter och aktörer. Myndigheterna avser påbörja framtagandet av operativa riktlinjer och rutiner när kartläggningen är slutförd och de egna hälso- och sjukvårdsresurserna är färdigutvecklade.
- Myndigheterna anser att utbildning, träning och övning är nödvändigt för att upprätthålla, säkra och förbättra förmågan att hantera allvarliga händelser, både nationellt och internationellt. I relevanta delar kan dessa utbildningar göras gemensamt som komplement till annan kompetensutveckling.

- Folkhälsomyndigheten anser att utvecklingen och upprätthållandet av ett PHRRT bör finansieras av ett utökat förvaltningsanslag, i enlighet med myndighetens budgetunderlag 2018–2020.

Bilaga 1.

Styrgrupp och arbetsgrupp med representanter från Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Myndigheten för samhällskydd och beredskap (MSB)

Styrgruppen har bestått av:

- Johanna Sandwall, Krisberedskapschef, Socialstyrelsen
- Anders Tegnell, Avdelningschef för Epidemiologi och utvärdering, Folkhälsomyndigheten
- Anna Maria Bergholm Söder, Avdelningschef Operativa avdelningen, MSB

Styrgruppen har fastställt riktlinjer för arbetsgruppens arbete samt bedrivit översyn av arbetet. Fysiska eller virtuella möten mellan alla tre deltagare av styrgruppen har ägt rum: 14 juni och 25 november (2016) samt 2 mars (2017).

Arbetsgruppen har bestått av:

- Taha Hirbod Alexandersson, Utredare, Enheten för Krisberedskap, Socialstyrelsen
- Kim Brolin Ribacke, Utredare, Enheten för Beredskap och Krishantering, Folkhälsomyndigheten
- Mette Lindahl Olsson (ersatte Anders Nordmark 6 december 2016), Utvecklingshandläggare, Enheten för insatser, MSB

Arbetsgruppens arbete med rapporten har samordnats av Socialstyrelsen. Fysiska eller virtuella möten mellan alla arbetsgruppens deltagare har ägt rum: 9 september, 7 oktober, 1 november, 14 december, 19 december (2016) samt 27 januari, 2 februari och 2 mars (2017).

Bilaga 2.

Folkhälsomyndighetens tids- och kostnadsuppfattning

Inledning

Myndigheten har i budgetunderlaget för räkenskapsåren 2018–2020 konstaterat att mer långsiktiga resurstillskott utöver förvaltningsanslaget behövs inom området beredskap för hantering av internationella hälsohot¹¹⁴. För närvarande är Sveriges möjligheter att aktivt delta i internationella insatser mot hälsohot begränsade, trots att hälsohotbilden snarare kräver ett ökat svenskt engagemang. Folkhälsomyndigheten deltar i ett flertal internationella samarbeten och nätverk, men brist på finansiella strukturer hindrar en mer aktiv medverkan.

Kostnader beskrivna nedan är endast uppskattningar eftersom de påverkas av många olika faktorer: längd och typ av uppdrag, kontext, samarbetspartners etc. Ej beskrivna kostnader inkluderar personalkostnader för utvecklingen och underhållet av PHRRT, då dessa varierar stort beroende på antal och typ av personal som rekryteras för detta. Kostnader för insatser beräknas också variera stort, och beror bland annat på kontexten, längden och storleken på insatsen. Folkhälsomyndigheten har framför allt fokuserat på att identifiera existerande finansieringsmöjligheter och bristen på sådana. I dessa fall föreslår myndigheten utvecklingen av nya finansieringssystem.

Tids- och kostnadsuppskattning och förslag på finansiering

1. Uppbyggnad

Skapandet av den beskrivna permanenta förmågan kräver finansiering, t.ex. genom ett specifikt anslag för detta syfte. Kostnaderna för att bygga upp en sådan förmåga är relativt små. Det finns möjligheter att söka finansiering från EU, vilket är beskrivet i de gemensamma delarna. Uppbyggnaden av föreslagen förmåga sker med fördel gradvis. Med relativt små förändringar kan myndigheten ha möjlighet att sända personal till pågående insatser, där kraven på logistik är begränsade. För utvecklingen av ett komplett PHRRT med fältepidemiologisk och laborativ förmåga (inklusive utrustning för ett fältlaboratorium) krävs det mer tid. En konservativ tidsuppskattning är att detta tar ca 1 år från start till att det finns ett komplett team redo för insatser.

1.1 Material, förvaring och strukturer

Den största kostnaden utgörs av det s.k. väsklabbet där utrustning och reagenser behöver köpas in. Denna modell av fältlaboratorium är dock väldigt kostnadseffektiv och en engångskostnad på 1 500–2 000 tkr¹¹⁵är

¹¹⁴ Folkhälsomyndighetens budgetunderlag för räkenskapsåren 2018–2020. 2017-03-01. Dnr: 527-2017-1.2

¹¹⁵ Baserat på: Wölfel R, Stoecker K, Fleischmann E, Gramsamer B, Wagner M, Molkenhuth P, Di Caro A, Günther S, Ibrahim S, Genzel GH, Ozin-Hofsäss AJ, Formenty P, Zöller L. Mobile diagnostics in outbreak response, not only for Ebola: a blueprint for a modular and robust field laboratory. Euro Surveill. 2015;20(44):pii=30055

beräknad. I detta ingår all utrustning och reagenser för ca 5 veckors fältarbete (vid högsta insatsnivå). Vid de flesta insatser kommer troligtvis endast delar av mobila fältlaboratoriet användas, men för full beredskap är det önskvärt att ett fullskaligt laboratorium finns som är redo att nyttjas. I de olika modulerna som innefattas av väsklabbet ingår utrustning och materiel för att utföra i princip all diagnostik det kan finnas ett potentiellt behov av vid internationella insatser. En stor del av de analyser som planeras riktar framförallt in sig på riskklass 3 och 4 patogener. Vid behov kan fältlaboratoriet även utföra basala kemiska blodanalyser som behövs för vård av kritiskt sjuka patienter med högsmittsamma sjukdomar. Detta utgör då en värdefull resurs genom att bistå EMTs med laborativ kapacitet och underlätta behandling av patienter. Ett väsklabb kan anpassas och modifieras utefter rådande sammanhang genom att det är helt skalbart och uppbyggt i moduler. I praktiken innebär detta att ett fältlabb kan skickas ut i varierande skala, och att antal väskor samt innehåll bestäms av insatsens storlek samt typ av analysbehov. Beroende på syftet med den internationella insatsen och den aktuella kontexten (agens, geografiskt område, säsong och klimat samt existerande resurser på plats) kan laboratoriet helt anpassas utefter de behov som finns.

1.2 Personal

För att bemöta ett utökat mandat att bidra vid internationella hälso- och sjukvårdsinsatser behöver personalstyrkan vid myndigheten utökas. Detta för att säkerställa att rätt kompetens är tillgänglig, både för att delta vid insatser men också för att kompetensen och förmågan på hemmaplan ska vara bibehållen även då delar av personalen är utsänd internationellt. Kostnad för detta varierar beroende på antal personer och deras kompetens. Dessa nyanställningar kommer till stor del bidra till en kompetensförhöjning av hela myndigheten och utför självklart arbetsuppgifter utöver att delta i internationella insatser, då dessa endast utgör en liten del av det dagliga arbetet. Timmar för personalfrågor och övriga administrativa frågor behöver äskas av projektet och utgör en utökad personalkostnad. Att utöka personalstyrkan på myndigheten med denna specifika kompetens är en långsiktig investering i kapacitetsutveckling och beräknas pågå under flera år. Finansiering för detta faller förslagsvis under ett utökat förvaltningsanslag.

Deltagande i internationella insatser stärker förmågan även på nationell nivå och kan bidra till ett stärkt civilt försvar. Vid registrering av team till EMC bekostar EU (DG-ECHO) viss utbildning av teammedlemmar, exempelvis finns möjligheter att delta i internationella övningar. Övrig kompetensutveckling sker till stor del i samarbete med MSB som då behöver ersättas för kursavgifter. All tilltänkt insatspersonal bör delta i både introduktionsutbildning och specifik utbildning beroende på expertis. Total kostnad för kompetensutveckling av personal beräknas till 500– 1000 tkr per år (exklusive årlig vidareutbildning, vilken beskrivs nedan), med ökade kostnader vid ökad kapacitet att delta i större insatser mer frekvent.

1.3 Registrering

EU:s civilskyddsmekanism ECHO bekostar 100% av utgifter som hör till registrering- och certifiering vid anmälan av förmåga som bidrag till EMC. Detta inkluderar mentorsbesök bland annat. Även WHO står för kostnader vid registrering och klassificering via detta system. Det tar troligtvis ca 1 år

för att ha ett team redo att registreras med EMC och ytterligare 1 år att genomgå verifiering- och klassificeringsprocessen. Det är viktigt att även här understryka att registrering endast kan ske på uppdrag av regeringen.

2. Underhåll av förmåga

För att förvalta en uppbyggd permanent förmåga krävs adekvat finansiering, förslagsvis genom ett utökat förvaltningsanslag.

2.1 Materiel

Utrustning och reagenser behöver till viss del förvaras i kyl- eller frysrum. Vidare behöver materiel inventeras löpande och bytas ut innan bäst-före-datum har passerats. Utrustning måste testas med jämna mellanrum för att säkerställa funktionen. Detta skulle kunna skötas av personal vid Folkhälsomyndigheten och utrustningen förvaras då i egna lokaler. Kostnaden för detta beräknas till ca 500 tkr per år och inkluderar både personaltimmar och inköp av nya reagenser för att ersätta de där bäst-före-datum passerat.

2.2 Personal

Vaccinationer och hälsokontroll av insatspersonal ska ske löpande och vid behov. Detta kan antingen ske i förväg eller i direkt anslutning till en insats och då bekosta själva insatsen. Det är önskvärt att adekvat kompetensutveckling tillhandahålls för insatspersonal. Detta inkluderar dels specialistutbildning inom olika kompetensområden (t ex fältepidemiologiska metoder, laborativa analyser etc.) men även årliga utbildningstillfällen för att hålla generella insatskunskaper (t.ex. HLR) uppdaterade. Kostnad för vidareutbildning av insatsstyrka beräknas uppgå till ca 300 tkr. Det föreligger även en kostnad för myndigheten att administrera insatspersonal, både innan, under och efter insatser. Denna beräknas till totalt ca en heltidstjänst.

3. Insatser

Det är stor skillnad på olika typer av insatser, både i kostnader och i hur ofta de kan komma att ske. Det är viktigt att skapa strukturer för att snabbt och enkelt kunna skicka enskilda medarbetare, både laborativ personal och utbrottshanterare, via t.ex. GOARN. Detta finansieras förslagsvis genom ett utökat förvaltningsanslag. Myndigheten kan då själv besluta om bidrag till insatser och de kan ske snabbt och effektivt. Vid större insatser, som till exempel förfrågningar från EU, WHO eller via bilaterala avtal krävs specifik finansiering. Större insatser sker framför allt vid sällanhändelser i proportion med Ebolautbrottet i Västafrika, då MSB och Socialstyrelsen tilldelades särskilda medel från regeringen för en insats. Det är viktigt att poängtera att Folkhälsomyndigheten inte ser andra källor till finansiering av större insatser än just särskilda medel på uppdrag av regeringen. Dock finns det stora fördelar med ett system där finansiering relativt snabbt kan erhållas (liknande MSB:s avtal med Sida om humanitära insatser) eftersom en snabb insats i många fall är avgörande för utgången. I FOI:s rekommendationer baserade på MSB:s arbete i Liberia under Ebolautbrottet betonas vikten av att undvika ad hoc-bildning av förmågor och i uppdragets instruktioner betonas att förmågan ska vara permanent. Detta förutsätter utvecklingen av ett finansieringssystem för olika typer och storlekar på insatser, vilket Folkhälsomyndigheten också föreslår.

I nedan beskrivna typer av är stödpersonal från MSB inkluderad. Kostnader för olika typer av insatser är svårt att beräkna eftersom dessa är beroende av många olika faktorer. Exempel på kostnader är de för personal, materiel, transport, boende, logistiskt stöd, utrustning etc.

3.1 Enskilda experter

Folkhälsomyndigheten anser att möjlighet att sända enskilda experter som stöd vid större utbrott av smittsamma sjukdomar ligger i linje med myndighetens uppdrag och är ett viktigt bidrag till Global Health Emergency Workforce (GHEW) och Global Health Security Agenda (GHSa). Enligt myndighetens instruktion får Folkhälsomyndigheten bistå med expertstöd vid katastrofer eller allvarliga utbrott av smittsamma sjukdomar i andra länder, vilket ett bidrag till GOARN kan räknas som. I nuläget är det dock oklart om myndigheten har möjlighet att finansiera personal vid sådana insatser. Om finansieringsmöjligheten för denna typ av insatser klargörs, har myndigheten möjlighet att omgående bistå med expertstöd.

För mindre insatser (t.ex. expertstöd via GOARN) behöver Folkhälsomyndigheten endast finansiera ordinarie lönekostnad för utskickad personal. Vid uppdrag med GOARN erhålls resor, boende och dagsersättning från uppdragsgivaren WHO.

3.2 Medelstora insatser

Till medelstora insatser räknas team bestående av 2–6 personer, inklusive viss laboratorieutrustning. Kostnaderna för dessa varierar stort beroende på antal personer och typ av utrustning som behövs (t.ex. full laborativ utrustning och reagenser), samt hur lång tid insatsen pågår. Ytterligare kostnader är de för lön, lönetillägg, utrustning (personlig, laborativ), resor och boende. Vid ökad kapacitet vid myndigheten kan dessa typer av insatser ske mer frekvent, om behov finns. Vid förfrågan via EMC kan delvis finansiering för transport erhållas.

3.3 Stora insatser

Stora insatser sker framför allt vid sällanhändelser (t.ex. ebolautbrottet i Västafrika). Det är omöjligt att uppskatta hur ofta dessa kan tänkas ske, men Folkhälsomyndigheten beräknar att kunna delta i denna typ av insats max en gång per år. Ett exempel på sådan insats är ett team på ca 10 personer inklusive ett fullskaligt fältlaboratorium utsänt i ca 8 veckor.

4. Sammanfattning

Folkhälsomyndigheten föreslår att finansiering av ett svenskt deltagande i internationella hälso- och sjukvårdsinsatser genom ett PHRRT sker genom en kombination ett specifikt uppbyggnadsanslag, av utökat förvaltningsanslag, extern finansiering (via EMC) och ett system genom vilket finansiering för enskilda experter, medelstora och stora insatser snabbt kan erhållas (likt MSB:s ramavtal med Sida). Tabellen nedan sammanfattat beräknade kostnader för uppbyggnad, underhåll och insatser av ett PHRRT som kan delta i internationella hälso- och sjukvårdsinsatser. Uppbyggnad beräknas kosta mellan 3 och 4 miljoner kronor. Kostnad för årligt underhåll beräknas uppgå till ca 1.7 miljoner kronor. Kostnader för insatser beräknas till alltifrån 100 000 kr för expertstöd till t ex GOARN insats, till 4 miljoner kronor för en stor insats med fullskaligt fältlaboratorium.

Kostnad (tkr)	Uppbyggnad	Underhåll (per år)	Insatser
Fältlaboratorium	1500–2000	500	
Personal	1000	700	
Utbildning	500–1000	300	
Hälsokontroller/vaccinationer		200	
Expertstöd			100 per person
Medelstora insatser			600–2500
Stora insatser			4000
Totalt	3000–4000	1700	Varierar med typ av uppdrag

Bilaga 3.

Tabell över scenarion

		Ingående förmåga i beslutad insats				
Händelse		Riskbedömning	Skyddsåtgärder - målsättningar	Epidemiologisk förmåga	Laborativ förmåga (personal)	Fältlaboratorium (personal samt utrustning)
Nationella händelser	FOHM säkerhetslaboratorium ur drift - ingen tillgång till diagnostik för allvariga infektionssagens, exempelvis mjältbrand eller importerad blödarfeber (P3-4)	Ingen risk för smittutbrott men risk vid hantering av prover hos ovana laboratorier	Upprätta temporär laboratoriekapacitet		X	X
	Naturkatastrof - översvämning: om regionalt smittskydd utslaget - nedsatt förmåga att upptäcka epidemier med exempelvis diarrejsjukdomar	Låg till måttlig risk för sekundära epidemier	Smittspårning, Epidemiologisk övervakning och analys, stöd till vaccinationsinsatser och sanitet	X	X	
	Regionalt smittutbrott - exempelvis vattenburna epidemier (Cryptosporidium), utbrott av mässling i områden med otillräcklig vaccinationsstäckning	Måttlig till hög risk för epidemisk spridning i drabbad region	Epidemiologisk övervakning och analys, stöd till vaccinationsinsatser och sanitet	X	X	
	Pandemisk influensa	Måttlig till hög risk för nationell epidemi beroende på smittsamhet och möjliga motåtgärder	Epidemiologisk övervakning och analys, stöd till vaccinationsinsatser och vård	X	X	X
	Terrorattack med biologiska vapen - exempelvis tularemi eller smittkoppor.	Minskad kapacitet för epidemiologisk övervakning och smittskydd i ordinarie verksamheter	Upprätta mobil laboratoriekapacitet och epidemiologiska övervakningssystem	X	X	X
	Naturkatastrof - jordbävning: - sjukvårdsinsatser redan inledd under de första dagarna efter inträffad katastrof. Under efterföljande faser uppstår risker för epidemier	Hög risk för polymikrobiella smittutbrott när ordinarie samhällsfunktioner utslagna	Upprätta epidemiologiska övervakningssystem, förstärk laboratoriekapacitet, stöd till vaccinationsinsatser	X	X	(X)
Internationella händelser	Stora flyktingströmmar och flyktingläger - risk för exempelvis kolera- eller mässlingsepidemier	Måttlig till hög risk för smittutbrott	Upprätta epidemiologiska övervakningssystem, förstärk laboratoriekapacitet, stöd till vaccinations- och sjukvårdsinsatser	X	X	X
	Stor epidemi av vektorburen/zoontotisk sjukdom - exempelvis Ebola, Gula febern, SARS eller Rift Valley Fever	Låg till mycket hög risk för okontrollerad spridning beroende på smittsamhet och möjliga motåtgärder	Upprätta epidemiologiska övervakningssystem, förstärk laboratoriekapacitet, stöd till sjukvårdsinsatser	X	X	X