



**Den svenska sjukvårdens
ledning och funktion i samband med
tsunamikatastrofen i Sydostasien
26 december 2004**

**Rapport från
katastrofmedicinska expertgruppen
2005 års katastrofkommission**

**Sten Lennquist
Timothy Hodgetts**

2005 års katastrofkommission

Förord

Professorerna Sten Lennquist och Timothy Hodgetts har på Katastrofkommissionens uppdrag utvärderat de katastrofmedicinska insatserna efter tsunamin i Sydostasien den 26 december 2004. Professor Lennquist har under många år spelat en central roll inom katastrofmedicinen både i Sverige och utomlands. Han är dessutom en av få personer med expertis inom området som inte var direkt involverad i handläggningen. Även professor Hodgetts är en internationellt erkänd expert med bred internationell erfarenhet och en central position inom den brittiska katastrofmedicinska organisationen.

Granskningen har gjorts från strikt medicinsk utgångspunkt. Kommissionen kommer senare att väga samman en mängd olika aspekter på hanteringen av tsunamins konsekvenser och även att lämna åtgärdsförslag utifrån ett sådant övergripande perspektiv. Kommissionen har dock bedömt att den föreliggande rapporten utgör ett viktigt bidrag till diskussionen om katastrofberedskapens medicinska aspekter och att den därför bör offentliggöras redan nu.

Synpunkter på en preliminär version av rapporten har lämnats av professor Bertil Hamberger, Karolinska Institutet, docent Per Örtenvall, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, och med. dr Anders Holmström, lärare i krigskirurgi vid Försvarmakten.

De värderingar, slutsatser och förslag som framförs i rapporten är experternas egna. Kommissionen tar i detta skede inte ställning till dessa.

Johan Hirschfeldt

Ordförande

Per Molander

Huvudsekreterare

Författarnas förord

Tsunamikatastrofen och dess följder är av så stor omfattning att det inneburit en mycket stor utmaning att under den korta tid som stått till förfogande få en komplett bild ens av den begränsade sektor som berör sjukvården. Det hade varit omöjligt om vi inte fått all den hjälp och det genomgående positiva mottagande vi fått inom alla de områden vi granskat både i Thailand och inom Sverige.

Ett speciellt tack vill vi rikta till Thailands sjukhusledningar och sjukvårdspersonal för ett positivt, alltid vänligt och tålmodigt bemötande trots den anstormning av människor som i utredande och undersökande syfte besökt Thailand efter katastrofen. Samtalen med våra kollegor där har givit oss en mycket tydlig bild av den oerhörda belastning som den thailändska sjukvården utsattes för men samtidigt en stor respekt för det enastående och självupppoffrande arbete som gjordes inte bara av sjukvårdspersonalen utan hela den thailändska befolkningen för att på alla sätt hjälpa och stödja trots att de själva så hårt drabbades av katastrofen.

Ett varmt tack också till personalen på Svenska ambassaden i Bangkok och Svenska konsulatet i Phuket för bistånd med praktiska arrangemang under de mycket intensiva veckorna i Thailand.

Behjälplig med arbetet i Thailand var också Anders Holmström, kirurg och lärare i krigskirurgi vid Försvarsmakten med värdefull erfarenhet av katastrofmedicinskt arbete i denna del av världen.

Ett tack vill vi också rikta till alla drabbade och volontärer som beredvilligt ställt upp vid skriftliga och muntliga intervjuer och givit oss mycket värdefull information. Vi har tagit del av många skakande och tragiska upplevelser och vi vill återigen uttrycka vårt djupa deltagande med alla drabbade i denna katastrof. Vi hoppas att denna rapport skall kunna bidra till en bättre svensk beredskap för händelser av detta slag för att i största möjliga utsträckning kunna minska lidande för framtida drabbade.

Linköping och Birmingham 7 juni, 2005

Sten Lennquist

Timothy Hodgetts

Innehåll

Innehåll.....	3
Sammanfattning	5
Bakgrund	7
Definition av uppdraget.....	7
Utredningens mål	8
Genomförande.....	8
Begränsningar.....	9
Metodik	9
Händelseförlopp och första larm	11
Konsekvenser av katastrofen.....	12
Antalet döda och skadade.....	12
Skadepanorama	13
Mjukdelsskador och sårinfektioner	14
Skadeområdets geografiska struktur	15
Den thailändska sjukvården	17
Katastrofmedicinsk beredskap	18
Belastningen på den thailändska sjukvården i förhållande till resurser	19
Behov av svenska stödinsatser på thailändska sjukhus enligt intervjuer med thailändsk sjukvårdspersonal	21
Evakuering av skadade.....	22
Mottagande av skadade i Sverige.....	24
Mottagande på flygplatserna och vidaretransport inom landet	24
Omhändertagande av skadade på svenska sjukhus	25
Nationell samordning	26
Intervjuer med skadade svenska medborgare.....	27
Strukturerade frågeformulär	27
Muntliga strukturerade intervjuer.....	29
Intervjuer med volontärer	31
Strukturerade frågeformulär	31
Muntliga strukturerade intervjuer.....	32
Svensk sjukvårdsinsats i Thailand.....	33
Vilka behov och motiv fanns för insatser från svensk sjukvård i Thailand?	33
Planering, samordning och genomförande av evakuering	33
Behov av inventerings- och ledsagar-team.....	35
Erfarenheter borde ha utnyttjats	36
Informationsförmedling mellan thailändsk sjukvård och svenska skadade	36
Sjukvård på uppsamlings- och evakueringsplatser	37
Sjukvårdsinsatser för svenska skadade på sjukhus	37
Sjukvårdsinsatser för andra drabbade i området	38
I vilken omfattning tillgodosågs de behov av sjukvårdsinsatser som fanns?.....	38
Hade behovet av tidigare insatser kunnat tillgodoses?.....	39
Fanns formella hinder mot att skicka sjukvårdsresurser?	40
Konsekvenser av utebliven/försenad svensk sjukvårdsinsats	41
Undvikbara dödsfall	41
Undvikbara komplikationer.....	42
Undvikbart lidande.....	43
Problem vid evakuering av skadade.....	43
Socialstyrelsens funktion vid katastrofen.....	43

Formellt respektive kompetensrelaterat ansvar.....	43
Var beslutsunderlaget i initialskedet otillräckligt?.....	44
EKB:s agerande i initialskedet av katastrofen.....	45
Förslag till rekommendationer för förbättringar av beredskapen för framtida liknande händelser.....	46
Behov av nationell ledningsorganisation vid nationsövergripande kris och katastrof.....	46
Behov av en nationell ledningsorganisation av sjukvården	46
Var skall den nationella ledningsorganisationen för sjukvården ligga?.....	47
Krav på ledningsorganisation för sjukvård vid nationsövergripande kris och katastrof.....	47
Planering.....	47
Insatsberedskap	48
Adjungerad kompetens.....	48
Ledningscentral	49
Utbildning och övning.....	49
Sammansättning av personalgrupper för utsändande till skadeområde	49
Författarpresentation	51
Förteckning över bilagor	52

Sammanfattning

- Flodvågskatastrofen 26 december 2004 drabbade svenska medborgare i Thailand hårt med 543 döda eller saknade och över 1500 skadade, många fler chockade av upplevelser som kommer att ta tid att bearbeta och många som förlorat anhöriga och vänner.
- Med över 20 000 medborgare i området var Sverige det land som näst världsländet hade flest skadade som följd av katastrofen.
- Den thailändska sjukvården mottog en tillströmning av skadade långt överstigande tillgängliga resurser. Totalt omhändertogs på de sex större sjukhusen i Phang Nga, Phuket och Krabi-provinserna drygt 11 000 skadade de första tre dyggen varav 3000 behövde läggas in på totalt tillgängligt antal vårdplatser på drygt 1400. Nära 1400 operationer utfördes under de första tre dyggen på de sammanlagt 33 operationssalarna.
- Belastningen på sjukhusen var ojämnt fördelad såtillvida att de små och ganska resurssvaga sjukhusen i den norra provinsen hade den ojämförligt största belastningen. Svårigheten att initialt evakuera skadade därifrån skapade en situation som för många skadade var både oerhört påfrestande och skrämmande. Trots att den thailändska sjukvårdspersonalen gjorde allt som kunde göras i denna situation räckte varken personella eller materiella resurser här på långt när till.
- Den hårda belastningen varade i flera dygn efter katastrofen då ett stort antal skadade med icke livshotande skador fortsatte att strömma in. Många behandlade utvecklade mycket snabbt sårinfektioner som behövde åtgärdas vilket också bidrog till den kontinuerligt höga belastningen.
- I denna situation fanns ett stort behov av utifrån tillförda sjukvårdsresurser. Det fanns också ett behov av att tidigt starta evakuering av skadade för att avlasta den thailändska sjukvården och av sjukvård på de uppsamlings- och evakueringsplatser där skadade, många med infektioner, många chockade och en del i dåligt allmäntillstånd, väntade på evakuering.
- Detta behov av externt tillförda sjukvårdsinsatser har enhälligt omvittnats av såväl skadade svenska medborgare, thailändsk sjukvårdspersonal som volontärer som arbetade med omhändertagande av skadade i katastrofområdet.
- Med det i tiden utdragna behovet av sjukvårdsinsatser hade svenska sjukvårdsteam kunnat göra välbehövliga insatser trots den långa transporttiden till Thailand.
- Brister i insamling och bearbetning av information ledde till att detta behov inte uppfattades av svenska myndigheter förrän det var för sent. Resurser som fanns tillgängliga i tidigt skede sändes inte trots att det fanns gott om transportresurser i form av tomma flygplan på väg till Thailand för att evakuera svenska medborgare.
- Om denna försening förorsakat dödsfall som kunnat undvikas går inte att i efterhand analysera ur detta skadepanorama. Komplikationerna i form av framför allt sårinfektioner var många och det är rimligt att anta att förstärkta sjukvårdsresurser initialt skulle ha reducerat komplikationsfrekvensen. 72 % av intervjuade svenska skadade har kvarvarande funktionsnedsättning eller smärttillstånd 5 månader efter katastrofen
- Helt klart är att tidigare insatser av svenska sjukvårdsteam i katastrofområdet skulle ha kunnat minska lidande och ängslan hos skadade svenska medborgare som nu i många fall fick behandlas under primitiva förhållanden, i vissa fall av icke sjukvårdspersonal, på uppsamlings- och evakueringsplatser.

- En större svensk sjukvårdsinsats i tidigt skede hade också behövts för att bättre samordna evakueringen som nu inte blev optimalt organiserad eller genomförd och har blivit föremål för kritik både från skadade och från thailändsk sjukvårdspersonal.
- En bättre nationell ledning av den svenska sjukvården med en tidigare bemannad stab förstärkt med ytterligare katastrofmedicinsk kompetens -som fanns tillgänglig- hade inneburit förutsättningar för tidigare beslut att sända sjukvårdsteam till området för att fylla många olika behov som nu inte blev tillgodosedda.
- Den myndighet som har planerings- och förberedelseansvaret på sjukvårdsområdet inför kriser eller större katastrofer, Socialstyrelsen och dess Enhet för Krisberedskap (EKB), hänvisar avsaknaden av tidiga beslut till brist på mandat att agera och brist på regelverk vad gäller sjukvårdsinsatser utanför landets gränser. Den enhet där kompetens inom området skall finnas bör dock i händelse av upplevd brist på eget mandat att agera ha ett ansvar att informera Regeringskansliet och aktivt föreslå/initiera åtgärder som uppenbarligen måste företas utan fördröjning.
- EKB har genom att inte förrän sent i förloppet mobilisera sin personalstyrka i en adekvat stabsfunktion, och inte förstärka den med erforderlig extern katastrofmedicinsk kompetens, gjort felbedömningar av resursbehoven och därmed inte heller förmedlat korrekt information till överordnad och samverkande myndigheter och enheter.
- Adekvata och snabbt utförda åtgärder för att fylla de många olika behov som nu inte blev tillgodosedda inom detta område skulle med en bättre och mer aktiv ledning inom ansvarig myndighet/enhet ha kunnat genomföras inom ramen för befintlig organisation och utan hinder av befintligt regelverk.
- Inför framtiden bör regelverket för sjukvårdsinsatser utanför landets gränser bättre klarläggas, ledningen för ansvarig enhet inom Socialstyrelsen ses över och en bättre beredskapsorganisation för nationell ledning av sjukvård vid nationsövergripande kris och katastrof både inom och utanför landets gränser utformas.

Bakgrund

Tsunamikatastrofen drabbade Sverige hårt, framför allt i Thailand där mer än 500 svenskar omkom och mer än 1500 skadades. Svenska myndigheter har kritiserats för sen och otillräcklig respons i form av stödinsatser i katastrofområdet och stöd vid evakuering av skadade. En medborgarkommission har tillsatts av regeringen i samråd med de politiska partierna i riksdagen med uppgift att utvärdera regeringens och olika myndigheters agerande i samband med katastrofen. Till kommissionen har knutits expertgrupper för att speciellt utvärdera olika verksamhetsområden. I denna rapport redovisas den katastrofmedicinska expertgruppens utvärdering av sjukvården.

Många svenska medborgare tillbringar mycket tid utomlands både i arbetet och under ledighet i internationella turistområden som utgör riskzoner för både naturkatastrofer och terrorism. Risken för olyckor där många svenskar skadas i främmande land är därför också uppenbar och har ökat i samband med att risken för stora olyckor och katastrofer ökat som följd av samhällsutvecklingen.

Svenska myndigheter har en skyldighet att i sådana situationer så långt möjligt ge stöd och hjälp till drabbade medborgare. Det har hävdats att oklarhet råder om och i vilken utsträckning sådan skyldighet finns och vad den omfattar, vilket påverkat agerandet vid denna katastrof. Detta behöver inför framtiden bättre klarläggas.

Om svenska myndigheter skall kunna ge stöd till drabbade i situationer som denna krävs beredskap i form av planering, utbildning och övning av och inom berörda myndigheter. Dessutom krävs en nationell samordning och ledning av landets resurser med hög beredskap, kompetens och mandat att agera. Att framlägga förslag till en sådan funktion ingår i kommissionens uppdrag, för denna expertgrupp inom området sjukvård.

Definition av uppdraget

Vid regeringssammanträde 13 januari 2005 tillsatte den svenska regeringen i samråd med de politiska partierna i riksdagen en medborgarkommission, ”2005 års katastrofkommission”, med uppdrag att utvärdera regeringens och olika myndigheters agerande i samband med flodvågskatastrofen i Sydostasien.

Den 7 februari knöts undertecknade Sten Lennquist (Sverige) och Timothy Hodgetts (Storbritannien) till denna kommission som experter i frågor rörande sjukvården med uppdraget att granska sjukvårdens funktion i anslutning till tsunamikatastrofen både i Sydostasien och inom Sverige.

Enligt uppdragets formulering skulle granskningen av sjukvården omfatta hela omhändertagandekedjan från det att skadan inträffade i samband med katastrofen tills de skadade evakuerats till hemlandet och, i de fall detta behövdes, omhändertagande av sjukvårdsinrättningar i Sverige. Den skulle innefatta en kartläggning av hur ledning och samordning av insatserna gjordes på alla nivåer: nationellt i Sverige, regionalt i de olika sjukvårdsregionerna, i skadeområdet och på sjukhusen i Thailand och vid evakuering av de skadade. Jämförelse skulle göras med hur andra länder med medborgare i området hanterade

motsvarande uppgifter. Samordningen mellan svenska insatser och insatserna från andra drabbade länder skulle också utvärderas.

Utredningens mål

Målen med denna utredning var:

- identifiering av skadade svenska medborgares behov av vård- och stödinsatser i katastrofområdet, inför och under evakuering samt vid fortsatt vård i hemlandet
- identifiering av den thailändska sjukvårdens behov av stödinsatser från svensk sjukvård vid behandling av skadade svenska medborgare
- kartläggning av i vilken omfattning dessa olika behov var tillgodosedda
- kartläggning av i vilken omfattning de kunde ha tillgodosetts bättre med ytterligare åtgärder och/eller annan organisation
- identifiering av eventuella konsekvenser för de drabbade av att behov enligt ovan inte tillgodosetts/tillräckligt tillgodosetts
- utformande av förslag till rekommendationer avseende hur eventuella brister skulle kunna reduceras eller elimineras genom bättre planering/beredskap inför kommande liknande händelse

Genomförande

1. Kartläggning av sjukvården i Thailand: belastning och hantering av katastrofen, behov av stödinsatser
 - Den thailändska sjukvårdens struktur, organisation inklusive medicinska katastrofberedskap samt resurser
 - Katastrofens belastning på sjukvården i förhållande till tillgängliga resurser, skadepanorama
 - Sjukvårdens hantering av katastrofen
 - Det upplevda behovet av svenska stödinsatser i vården av skadade patienter
 - Kommunikation och tolkhjälp
 - Psykosocialt stöd
 - Koordination gentemot svenska myndigheter vid evakuering av skadade
 - Materiella och personella resurser
 - Sjukvårdande insatser
2. Analys av skadade svenska medborgares behov av stödinsatser och hur dessa behov tillgodosetts
 - Tolkhjälp
 - Kontakt med anhöriga/hemlandet
 - Kontakt med ambassadpersonal
 - Kontakt med reseföretag/flygbolag
 - Kontakt med psykolog
 - Kontakt med präst
 - Kontakt med svensk sjukvårdspersonal för
 - information om behandling
 - trygghet
 - kommunikation med thailändska sjukvården

- direkt sjukvårdande insatser
 - koordination av evakuering
3. Analys av omhändertagande av skadade i Sverige avseende:
 - Information från nationell ledningsnivå till respektive sjukvårdsregion
 - Disposition av regionernas resurser i regionalt, nationellt och internationellt perspektiv
 - Nationell samordning och samverkan mellan regionerna
 4. Analys av svenska myndigheters respons ur strategisk och taktisk synvinkel: Socialstyrelsen, Räddningsverket, Krisberedskapsmyndigheten och Försvarsmakten med speciell hänsyn till
 - Insamling och analys av medicinsk information samt värdering av denna information
 - Information till regioner och samverkanspartners inför mottagandet av hemkommande patienter samt koordinering av detta mottagande
 - Identifiering av behovet av medicinska inventerings- och insatsteam i katastrofområdet samt åtgärder för att möta detta behov

Begränsningar

Denna rapport omfattar *ej*:

- Analys och rekommendationer relaterade till psykologiska reaktioner och psykosocialt stödbehov i fasen efter återkomst till Sverige (kräver längre tids uppföljning)
- Val, utnyttjande och koordination av flygtransportresurser (utvärderas av annan till kommissionen knuten expert)
- Agerande från svensk räddningstjänst (utvärderas av annan till kommissionen knuten expert)
- Omhändertagande, identifiering och hantering av döda (utvärderas separat av kommissionen)

Denna rapport begränsas också av den korta tid som stått till förfogande för arbetet (7/2 – 25/5 2005) samt av gruppens begränsning till två personer. Nödvändigheten av att genomföra huvuddelen av intervjuerna på engelska kan ha medfört en viss, men sannolikt mycket ringa begränsning.

Användande av utsända strukturerade frågeformulär (se metodbeskrivning) har i viss mån kompenserat bristen på tid genom att möjliggöra inhämtande av upphämtande av uppgifter från ett större antal skadade och volontärer än vad som varit möjligt genom enbart muntliga intervjuer.

Metodik

Följande metoder har använts vid denna utvärdering:

1. Strukturerade frågeformulär till sjukhus, skadade och volontärer

2. Semistrukturerade intervjuer av representanter för myndigheter, sjukvårdsregioner, sjukhusledning, personer som behandlats för skador i samband med och efter katastrofen samt volontärer som arbetat med stödinsatser till skadade
3. Besök på plats i skadeområdet
4. Genomgång av rapporter och dokument

(1) Strukturerade frågeformulär

Sådana formulär har, med förklarande följebrev, utsänts till:

- de sjukhus som tog emot huvuddelen av de skadade svenska medborgarna i Phang-Nga, Phuket och Krabi- provinserna (bilaga 1)
- de sjukhus som tog emot huvuddelen av de skadade svenska medborgarna i Bangkok (bilaga 1)
- personer som behandlades för skador i samband med eller efter katastrofen (bilaga 2)
- volontärer som arbetat med stödinsatser för skadade i Thailand (bilaga 3)

Formulären till sjukhusen utsändes 3 veckor före besök av expertgruppen och följdes upp med muntliga strukturerade intervjuer.

Formulären till personer som behandlats för skador i samband med och efter katastrofen utsändes till registrerade patienter av de svenska landsting där huvuddelen av de skadade omhändertagits. Formulären har även funnits tillgängliga på kommissionens webbsida och information om dem givits i annonsering i dagspressen. De har efter ifyllande kunnat returneras till kommissionen portofritt och med garanterad sekretess vad avser personuppgifter.

Frågeformulär till volontärerna har på liknande sätt funnits tillgängliga på kommissionens hemsida och information givits i dagspressen. Dessutom har information om dem förmedlats genom den volontärförening som bildats efter tsunamikatastrofen (SIV, Swedish International Volunteers).

Formulären till skadade och volontärer har validerats av frivilliga representanter för båda grupperna före utsändande.

(2) Strukturerade muntliga intervjuer

Sådana har gjorts med:

a) Thailand

- sjukhusledning och sjukvårdspersonal vid de sjukhus som tagit emot huvuddelen av svenska skadade i Phang Nga, Phuket och Krabi- provinserna (Bangkok Phuket Hospital, Phuket International Hospital, Vachira Phuket General Hospital, Krabi Hospital, Takua Pa Hospital, Phang Nga Hospital och Thalang Hospital) samt i Bangkok (Bangkok Hospital ,Samitivej Hospital)
- regionala sjukhusledning (Provincial Health Offices) i Phuket, Krabi- och Phang-Nga-provinserna
- ledningspersonal vid hälsoministeriet, Thailand (Ministry of Health), Bangkok
- ledningspersonal vid Phuket International Airport samt representanter för de nationella flygbolagen
- svenska ambassaden, Bangkok
- svenska konsulatet, Phuket
- Räddningsverkets insatsstyrka, Phuket
- Asian Disaster Preparedness Center, Bangkok

- svenska volontärer boende i Thailand

b) Sverige

- generaldirektör Kjell Asplund, chefen för beredskapsenheten Per Kulling samt dr Jonas Holst (Socialstyrelsens representant i Thailand) vid Socialstyrelsen, Stockholm
- generalläkare Sture Andersson och representanter för Försvarsmakten, Högkvarteret, Stockholm
- Ivar Rönnbäck, överdirektör, och Kjell Larsson, koordinator för internationella insatser, Räddningsverket
- regionala sjukvårdsledningar i region Skåne, Västra Götaland, Östergötland samt Stockholms läns landsting och ledningsgruppen, Uppsala Akademiska sjukhus
- läkare i ledningsfunktion vid Karolinska sjukhuset
- läkare i sjukvårdsteam i Thailand
- ledningspersonal vid det katastrofmedicinska Kunskapscentra i katastrofmedicin (Göteborg, Linköping, Stockholm samt katastrofpsykiatriskt kunskapscentrum, Uppsala)
- representanter för större reseföretag (Fritidsresor, Apollo) på plats i Thailand under katastrofen
- representanter för Nordic Assistance på plats i Thailand under katastrofen
- personer som behandlats för skador i samband med katastrofen
- anhöriga till personer som skadats och avlidit i samband med katastrofen

(3) Besök i skadeområdet

Studiebesök har gjorts

- på samtliga sjukhus där intervjuer gjorts
- i katastrofområdena i Khao Lak, Phuket och Krabi-regionerna med omgivningar
- Disaster Victim Identification Centre (DVI), Phuket
- Provincial Hall, Phuket (uppsamlingsplats för drabbade)
- Orchid Hotel och Hotel Clinic (uppsamlingsplats för drabbade i väntan på evakuering)

(4) Granskning av dokument och rapporter

Begärda och granskade dokument och rapporter redovisas på sidorna 52 – 53, selekterade rapporter bifogas i sin helhet (bilagorna 13 – 23).

Händelseförlopp och första larm

01:59 svensk tid (07:59 thai-tid) söndagen 26 december, 2004: En jordbävning med storlek 9,3 på Richterskalan inträffar 30 km under jordytan med epicentrum i Indiska oceanen 240 km utanför Sumatras kust. En flodvåg genereras med en initial hastighet av cirka 800 km i timmen. Hastigheten reduceras vid uppgrundning samtidigt som vågen då växer i storlek.

03.45 svensk tid (09.45 thai-tid) träffar första delen av flodvågen öarna utanför Thailands västkust. Där uppgrundningen är som mest långsträckt (Khao Lak-området) når vågen vid anslaget av kusten en höjd på drygt 10 meter.

04:00 svensk tid (10:00 thai-tid) nås SOS International i Köpenhamn av ett första larm från en överlevande turist i katastrofområdet via mobiltelefon. Samtalet bryts men man startar en omedelbar mobilisering av stabsfunktionerna vid SOS International.

04:15 svensk tid (10:15 thai-tid) får också svenska överlevande från bl a Khao Lak-området via mobiltelefoner kontakt med UD i Stockholm och rapporterar omfattande förstörelse och sannolikt många döda och skadade. En av de uppringande (senare i funktion som volontär) uppger att han, när han efter stora svårigheter lyckats få mobiltelefonkontakt med UD, hänvisats till ambassaden i Bangkok för att lämna information.

04:15 svensk tid (10:15 thai-tid) första larm från Phuket till svenska researrangörer som sedan larmas i tät följd. Larmen medför omedelbar mobilisering på de större reseföretagen som redan vid middagstid katastrofdagen sänder personalstaber till skadeområdet för bedömning av situationen, rapportering och förstärkning på plats. Denna personal sänds ner i stora, nästan tomma flygplan med gott om plats för annan insatspersonal.

04:30 svensk tid (10:30 thai-tid) börjar de första skadade efter spontanevakuering strömma in till sjukhusen i Phuket-regionen. Sjukhusen utlöser omedelbart full katastrofberedskap och tillgängliga ambulanser och en stor mängd andra fordon transporterar skadade i skytteltrafik till sjukhusen.

08:00 svensk tid (14:00 thai-tid) CNN och BBC sänder kontinuerligt livebilder som bl a visar hur flodvågen slår in mot Thailandskusten och orsakar stor förödelse.

I området befinner sig 20 000 svenska turister, de flesta boende på strandnära hotell längs hela den drabbade kuststräckan.

18:30 svensk tid (00:30 thai-tid) tjänsteman i beredskap (TIB) vid Socialstyrelsens enhet för krisberedskap (EKB) informeras av dr Helge Brännström i Umeå. Brännström är koordinator för det svenska flygevakueringsprojektet SNAM och tar upp frågan om denna organisation skall mobiliseras. Detta är enligt uppgift den första externa information som lämnas till EKB. Chefen för EKB, dr Per Kulling, kontaktas i hemmet av TIB.

Konsekvenser av katastrofen

Antalet döda och skadade

Enligt senast tillgängliga uppgifter från thailändska polismyndigheten (05 03 25) har sammanlagt 5395 personer identifierats som döda och 2991 registrerats som saknade med följande fördelning:

Nationalitet	Döda	Saknade
Thai	1903	2032
Övriga länder	1953	959
Oidentifierade	1559	-
Totalt	5395	2391

Den omfattande illegala invandringen och oregistrerade gästarbetare innebär en osäkerhet i siffrorna beträffande totalantalet döda och saknade som sannolikt är betydligt högre än vad dessa siffror anger.

543 svenska medborgare har registrerats som döda eller saknade. Av dessa befann sig nära 500 i Khao Lak-området som dels drabbades mycket hårt av katastrofen, dels var ett mycket populärt mål för svenska turister.

Totalt omhändertogs på sjukhusen i Phang Nga, Phuket och Krabi-regionerna drygt 11 000 skadade under de första tre dagarna, varav drygt 3000 behövde läggas in.

Svenska medborgare utgjorde den största gruppen av utländska skadade på samtliga sjukhus. De sex stora sjukhusen i Phang Nga, Phuket och Krabi-regionerna redovisar sammanlagt 571 behandlade svenskar i anslutning till katastrofen. Därutöver har ett stort antal behandlats på vårdcentraler, sjukstugor, privatklinik och hotellklinik där konsekvent registrering inte skett. Ytterligare ett stort antal har behandlats på uppsamlings- och evakueringsplatser av svenska volontärer med eller utan sjukvårdsutbildning, delvis med stöd av thailändsk sjukvårdspersonal. Sammanlagt 106 skadade vårdades på sjukhusen i Bangkok där konsekvent registrering skett men många av dessa hade evakuerats från de södra provinserna och därmed registrerats även där. Alla de svenskar som behandlats för mindre skador har inte sökt eller behövt fortsatt vård i hemlandet. Det totala antalet skadade kan därför bara bli en uppskattning men ligger enligt observationer som gjorts vid uppsamlingsplatser och evakuering på drygt 1500.

Skadepanorama

Den exakta fördelningen av skador har varit svår att få fram eftersom registreringen tidvis var ofullständig på sjukhusen i de perifera provinserna. Helt klart är dock att den övervägande majoriteten av skadorna var mjukdelsskador i form av sårskador, stickskador och krosskador, huvudsakligen på extremiteterna. Sådana skador registrerades hos 96 % av de skadade som intervjuades med frågeformulär eller muntliga intervjuer (tabell 6, sid 27). Av samma grupp hade 47 % frakturer, luxationer, ledbands- eller senskador. Dessa skador kan ha varit överrepresenterade i intervjugruppen där majoriteten av patienterna vårdades på ett eller flera sjukhus. Endast enstaka patienter behandlades för skador på bålen, bäckenet och kotpelaren. Av bålskadorna dominerade revbensfrakturer, ofta multipla och i många fall med sekundär lungskada och andningspåverkan. Bukskador som krävde operation var sällsynta. Relativt få skallskador registrerades på sjukhusen. Många skadade hade fått in vatten i luftvägarna och flera av dessa behövde respiratorbehandling och långvarig antibiotikaförskning.

Skadepanoramat hos dem som kom levande till sjukhusen dominerades således av skador som inte var omedelbart livshotande. En sannolik förklaring är att de som drabbades av mer allvarliga skador – skallskador och bålskador med inre blödningar, som annars är vanliga efter kraftigt våld – inte överlevde i vattnet eller under den långa väntan på omhändertagande som var oundviklig i de perifert belägna och hårt drabbade områdena. Omhändertagandet försenades också av rykten om ytterligare flodvågor som gjorde att många skadade i panik evakuerades upp i bergs- och skogsområden. Det finns också indikationer på att man inför den stora mängden skadade prioriterat skadade med rimliga chanser att överleva, vilket är i enlighet med vedertagna katastrofmedicinska principer.

Denna skadefördelning hos dem som anlände till sjukhus innebär att mycket få avled efter ankomsten dit. Däremot registrerades många som döda vid ankomsten till sjukhus, framför allt i de hårdast drabbade områdena (105 respektive 50 vid ankomsten döda registrerades vid sjukhusen i Takua Pa och Phang Nga). Enligt tillgängliga uppgifter avled endast en svensk som kommit levande till sjukhus.

Mjukdelsskador och sårinfektioner

Mjukdelsskador i form av sårskador och sticksador kom vid denna katastrof att utgöra ett stort problem. Eftersom de med rätta inte bedömdes som livshotande kom de ofta relativt sent till behandling. Den kraftiga förstörelsen efter flodvågen orsakade föroreningar i vattnet med upprört bottenslam och även på marken. Vävnad som skadats av kraftigt våld i kombination med nedsmutsning, hög temperatur och hög luftfuktighet innebar en hög risk för infektion. Exempel på skador illustreras i figur 1.

Enligt de thailändska kollegernas egen uppfattning undervärderades denna risk till en början och när skadorna bedömdes rena syddes de primärt. Infektioner utvecklades mycket snabbt, redan efter 1-2 dygn varvid man ändrade strategi och lämnade såren primärt öppna för så kallad fördröjd primärsutur (= efter 3-5 dygn inom den normala läkningsfasen vilket är standard för så kallade högenergiskador, exempelvis skott- eller splitterskador där infektionsrisken är mycket hög). Även i sår som primärt lämnades öppna utvecklades infektion vilket innebär att det sannolikt inte gått att helt undvika infektioner med en annan strategi initialt (se vidare sidan 42 tabell 10).

Endast på ett sjukhus (Takua Pa) lämnades såren i majoriteten av fallen öppna redan från början. En möjlig förklaring är en vittnesuppgift från en svensk skadad som uppger att han opererades av ”en läkare från Bangkok som var specialist på fula sår”, sannolikt traumautbildad. På Takua Pa-sjukhuset registrerades också trots den hårda belastningen färre fall av sepsis (blodförgiftning) än på övriga sjukhus. Detta kan tyda på att en annan primär strategi genomgående hade kunnat minska infektionsrisken (tabell 10).

Sårinfektionerna kom att innebära ett belastningsproblem eftersom dessa patienter återkom till sjukhusen under de följande dagarna med infektioner som behövde åtgärdas genom att såren öppnades upp och reviderades och antibiotikabehandling insattes. Flera av dessa behövde läggas in. Detta var en bidragande orsak till att belastningen på sjukvården förblev hög under flera dagar efter katastrofen. En annan orsak var att många av dessa skador av prioriteringsskäl och logistiska skäl kom till primär behandling sent.

Infektionspanoramata har identifierats av det thailändska hälsoministeriet som nu gör en kartläggning av den flora av mikroorganismer som identifierats. Huvudsakligen har det rört sig om anaeroba infektioner men vissa mer sällsynta mikroorganismer med högre virulens specifikt för denna situation har också noterats. Bland annat har ett antal patienter med svårbehandlade infektioner med tuberkulom registrerats på patienter från katastrofen. Problemet med multiresistenta organismer (MRSA) som befarats kunna bli stort hos hemvändande svenska skadade har dock blivit mindre än väntat. Ett tiotal fall konstaterades sammanlagt med ganska jämn fördelning på de mottagande regionerna.

I bilaga 4 tabell 1 redovisas de mikroorganismer som enligt sårodlingar dominerade infektionspanoramata på Bangkok Phuket Hospital.



***Figur 1.** Typiska sårskador efter tsunamikatastrofen. Sårskadorna bedömdes som rena efter renspolning och rengöring och primärsyddes till en början i majoriteten av fallen. En stor del av dessa blev infekterade mycket snabbt, ledande till att strategin efterhand ändrades till att primärt lämna öppet och utföra så kallad fördröjd primärsutur.*

Skadeområdets geografiska struktur

Analys av sjukvårdens problem och funktion kräver kännedom om skadeområdets geografiska struktur (karta se figur 2). Den drabbade kuststräckan med strandnära turistbebyggelse sträcker sig från Takua Pa i norr ned till Phukets sydspets i söder och därifrån österut längs en bukt med flera ögrupper, däribland det hårt drabbade Phi Phi Islands till södra delen av Krabi-provinsen, en sträcka på drygt 35 mil med en vägsträcka på drygt 40 mil mellan nord- och sydspets, tidvis slingrig väg i kuperad terräng. Områdets huvudflygplats ligger i Phuket mycket nära vattnet och var ytterst nära att slås ut av flodvågen. Flygplatsen är en högtrafikerad internationell flygplats som passeras av drygt 150 000 svenskar årligen.



Figur 2. Karta över katastrofområdet. Inringade partier visar läget av de större sjukhusen: I den norra provinsen (Takua Pa och Phang Nga), de tre större sjukhusen i centrala Phuket-provinsen inom samma cirkel samt sjukhuset i Krabi.

Detta långsträckta område drabbades mycket ojämnt av flodvågen. I den nordliga Phang Nga-provinsen, speciellt i Khao Lak-området, fick den långsträckta uppgrundningen till följd att vågen här "reste sig" till en höjd av drygt 10 meter. Samtidigt är landremsan här mycket flack vilket gjorde att vågen gick så långt som 4 km inåt land och tog med sig det mesta i sin väg. Detta område var tätt bebyggt av strandnära hotellkomplex, många i bungalowstil, ett populärt mål för framför allt svenska och tyska turister varav många barnfamiljer eftersom det ligger långt från tätbebyggelsen i Phuket.

I den längre söderut och mer tätbebyggda Phuket-provinsen är djupförhållandena annorlunda, vågens höjd var mindre vid anslaget och förstörelsen blev därför betydligt mer begränsad. Delar av denna kuststräcka är till synes intakta. Runt Phi Phi Islands i Krabi-provinsen är djupförhållandena likartade som i Phang Nga vilket gjorde att de mycket låga Phi Phi Islands drabbades mycket hårt av förstörelsen och blev delvis helt överspolade. Samtidigt blev antalet döda och skadade här mindre än i de norra provinserna pga den begränsade populationen. Ögruppen ligger cirka 10 nautiska mil från kusten och de skadade evakuerades här huvudsakligen med helikopter till Krabi sjukhus som därmed också blev hårt belastat.

Skadeområdets geografiska struktur och utbredning innebar således att skadade måste tas om hand på flera sjukhus, dels centralt i Phuket-provinserna med ganska god tillgång till sjukvård men också i norra och östra provinserna med högre skadeutfall och betydligt resurssvagare sjukvårdsinrättningar. Som följd av överbelastning i de perifera områdena (framför allt det norra) evakuerades många patienter efter initialskedet till Phuket, andra närliggande sjukhus och även vidare via luftbro till Bangkok en timmes flygtid norrut från Phuketets flygplats.

Den thailändska sjukvården

Kännetecknande för den thailändska sjukvården är att såväl standard som resurser starkt varierar mellan olika kategorier av sjukhus och olika regioner. I Thailand finns mycket framgångsrikt drivna privatsjukhus med en standard av högsta internationell klass, två i Phuket-regionen (Bangkok Phuket Hospital och Bangkok International Hospital). Flera större sådana privatsjukhus med ännu högre standard finns i Bangkok. På dessa sjukhus är man van vid att ta emot internationella patienter och här finns internationella koordinatörer som talar flera språk. Standarden på de flesta privatsjukhus i Bangkok är betydligt högre än på svenska sjukhus – genomgående enkelrum, väl tilltagna utrymmen, hög personaltäthet, all tänkbar utrustning och hög professionell standard.



Figur 3 . De thailändska privatsjukhusen har mycket hög standard med genomgående enkelrum (a), hög personaltäthet och väl tilltagna utrymmen (b).



Figur 4. De kommunala sjukhusen har betydligt mindre resurser både personellt och materiellt (a), speciellt i de perifera provinserna som vid denna katastrof fick den högsta belastningen av skadade och situationen därför blev mycket svår (b).

De kommunala sjukhusen har en betydligt lägre standard vad avser både personella och materiella resurser men även här är den professionella kompetensen hög.

Tabell 1 visar resurstillgången vad gäller vårdplatser, operationssalar, intensivvårdsplatser, respiratorer och akutmottagningskapacitet på de sju större sjukhusen i Phang Nga, Phuket och Krabi-provinserna där majoriteten av de svenska skadade omhändertogs.

Sjukhus	Vårdplatser	Operationssalar	Respiratorer	Datortomografi (Ja/Nej)
Bangkok Phuket	130	7	10	Ja
Krabi	340	5	6	Nej
Phang Nga	215	4	8	Nej
Phuket International	90	4	7	Nej
Takua Pa	177	5	7	Nej
Vachira Phuket	503	6	21	Ja

Tabell 1. Totala antalet vårdplatser, operationssalar, respiratorer och datortomografer på de sex större sjukhusen i Phang Nga, Phuket- och Krabi-provinserna dit majoriteten av svenska skadade fördes.

Katastrofmedicinsk beredskap

Sjukvården i Thailand har en väl fungerande och väl övad katastrofberedskap. Samtliga sjukhus har uppdaterad katastrofplan. Övningar bedrivs regelbundet och så sent som hösten 2004 genomfördes en övning med deltagande av samtliga sjukhus, även privatsjukhusen. Dock har man aldrig övat en katastrof av denna omfattning. Var och en av de tre sjukvårdsregionerna i Phuket-området har en ledningscentral ("war room"), välutrustad med kommunikationsutrustning samt bemannad med regionala sjukvårdsledningar med högt

kompetent personal. Dessa regionala ledningscentraler står i kontinuerlig kontakt med såväl sjukhusen i regionen som med sjukvårdsledningen i Bangkok.

Ambulanstillgången i området är förhållandevis låg. Ambulanserna är sjukhusstationerade och de kommunala sjukhusen har endast 2 ambulanser vardera, privatsjukhusen 4-6. Ambulanserna är av standardtyp med normalt plats för en bårpatient samt bemannade med sjuksköterskor. Utöver detta finns i Phuketregionen 6 volontärbemannade ambulanser utan utbildad sjukvårdspersonal. Någon prehospital insatsorganisation utöver detta finns ej. Thailändska krigsmakten har såväl stora helikoptrar som transportplan typ C 140 Herkules som kan användas för sjuktransport (och som vid denna katastrof mycket snabbt ställdes till förfogande). Även polisen har helikoptrar som kan användas för sjuktransport av ett mindre antal skadade.

Belastningen på den thailändska sjukvården i förhållande till resurser

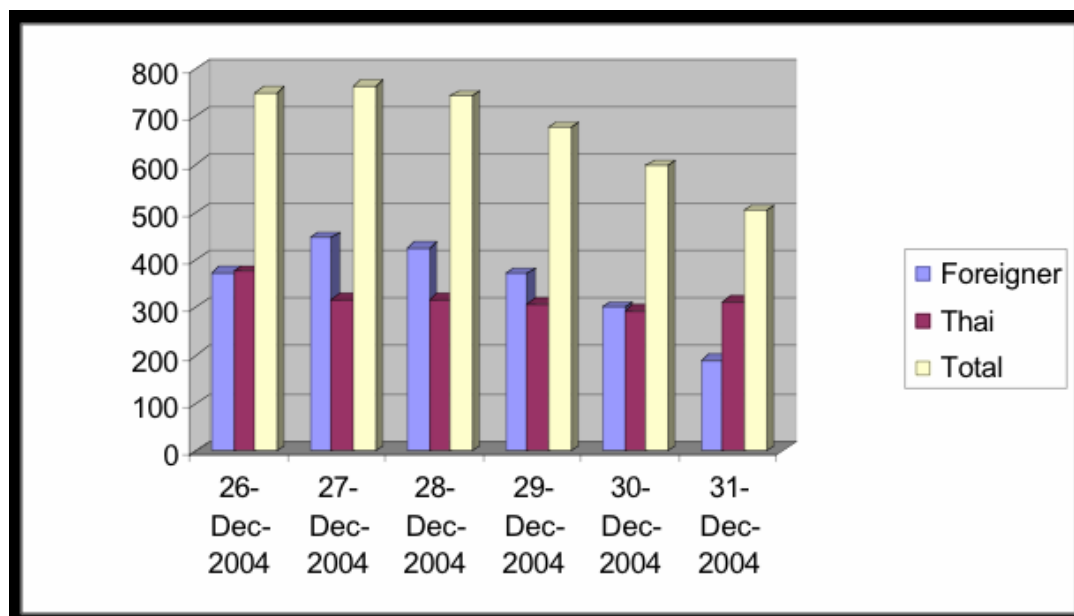
De 6 stora sjukhusen i Phang Nga, Phuket och Krabi-provinserna, dit majoriteten av de skadade och även majoriteten av svenska patienter fördes, registrerade enbart under det första dygnet totalt 4621 inkommande patienter från katastrofområdet (tabell 2). Totalt 1338 av dessa behövde läggas in, vilket skall ställas i relation till ett totalt antal vårdplatser på 1455 varav de flesta vid tiden för katastrofen var upptagna av ”normala” patienter. Drygt 700 operationer utfördes under första dygnet efter katastrofen på de totalt tillgängliga 33 operationssalarna. Andra dygnet registrerades 2973 patienter varav 1070 behövde läggas in och belastningen fortsatte sedan under veckan (figur 4 visar antalet patienter från katastrofen mottagna på Bangkok Phuket Hospital de första 5 dygnen efter olyckan). Tabell 3 visar antalet operationer på de 6 stora sjukhusen de första 5 dygnen efter katastrofen i relation till det totala antalet operationssalar.

Sjukhus	Vårdplatser totalt	Patienter		
		Öppen vård	Sluten vård	Totalt
Vachira	503	345	150	495
Bangkok Phuket	130	379	119	498
Phuket Internat	90	665	134	799
Krabi	340	498	95	593
Phang Nga	215	410	212	622
Takua Pa	177	986	628	1614
Totalt	1455	3283	1338	4621

Tabell 2. Antalet behandlade patienter i öppen och sluten vård det första dygnet efter katastrofen på de sex största sjukhusen i Phuket-området. I den vänstra kolumnen totala antalet vårdplatser på respektive sjukhus.

Sjukhus	Operations salar totalt	Antal operationer				
		26/12	27/12	28/12	30/12	31/12
Vachira	6	39	44	33	35	24
Bangkok Phuket	7	55	39	30	20	20
Phuket Internat	4	111	28	15	19	11
Krabi	7	98	46	54	24	12
Phang Nga	4	39	78	63	29	6
Takua Pa	5	371	142	89	76	70
Totalt	33	713	377	284	203	143

Tabell 3. Antalet operationer under de första 5 dyggen efter katastrofen på de sex största sjukhusen i Phuket-området. I den vänstra kolumnen det totala antalet operationssalar på varje sjukhus. Sammanlagt utfördes under de första fem dyggen 1720 operationer.



Figur 5. Antalet inkommande patienter totalt och uppdelade på inhemska/turister vid Bangkok Phuket Hospital de första fem dyggen efter katastrofen. Figuren visar den fortsatt höga belastningen även dagarna efter katastrofen.

En så hög tillströmning av patienter varav så många behöver läggas in respektive opereras skulle ha inneburit en enorm belastning på sjukvården varhelst i världen den skulle ha inträffat, även i områden med stor tillgång på sjukhusresurser. Redan det första dygnets patienttillströmning tog tillgängliga personella och materiella resurser i anspråk till bristningsgränsen. Vid denna katastrof upphörde dock inte patienttillströmningen utan förblev hög under de första 5 dyggen efter katastrofen (Figur 5). Ordinära vårdplatser räckte i detta läge inte till ens på de större sjukhusen utan man fick ta till alla disponibla utrymmen och också provisoriska bäddplatser. Mottagnings- och akutrum användes som extra operationssalar.

Den thailändska sjukvårdspersonalen gjorde i denna situation en enorm och berömvärd arbetsinsats och arbetade initialt dygnet runt.

Personalförstärkningar och sjukvårdsmaterial från Bangkok skickades till Phukets flygplats i en snabbt upprättad luftbro med flygplan från thailändska flygvapnet (C 140 Herkules) och passagerarplan som de nationella flygbolagen ställde till förfogande. Om denna förstärkning skulle ha uteblivit, exempelvis om Phukets flygplats skulle ha slagits ut vilket var mycket nära, skulle situationen ha blivit mycket svår och möjligheterna att rädda liv och hälsa starkt begränsade.

Samtidigt som förstärkningar flögs in startade evakuering av patienter till Bangkok med användande av samma luftbro.

Belastningen i Phang Nga, Phuket och Krabi-provinserna var olika hård så till vida att framför allt den norra provinsen drabbades mycket hårt (Tabell 2,3). Detta var initialt oundvikligt med tanke på svårigheten att primärt evakuera patienterna ur området. Många skadade upplevde en oerhört skrämmande situation på sjukhusen i Takua Pa och Phang Nga där hundratals skadade tidvis väntade på behandling (bilaga 5 – 9). En del skadade beskriver situationen som ”mardrömsliknande”. Frivilliga med sjukvårdsutbildning gjorde, trots egna skador och saknade anhöriga, berömvärda insatser i omhändertagandet av skadade. Här fanns ett stort behov av förstärkning under de första dygnen efter katastrofen. En liknande, men inte fullt så dramatisk situation rådde på sjukhuset i Krabi.

Den svåra situationen i de perifera provinserna kan inte skyllas thai-sjukvården som gjorde en enastående arbetsinsats. Många skadade och drabbade svenskar vittnar också om självupppoffrande insatser från thailändarna som själva drabbats hårt av katastrofen. Man samlade ihop och tillhandahöll kläder till skadade som blivit av med alla sina tillhörigheter, man ställde upp med transporter utan kostnader och man gjorde frivilliga stödinsatser på sjukhusen.

Behov av svenska stödinsatser på thailändska sjukhus enligt intervjuer med thailändsk sjukvårdspersonal

Före intervju med de thailändska sjukhusens ledningsgrupper och personal ställdes i ett i förväg utsänt frågeformulär frågan om vilka stödinsatser från svensk sida som var, eller kunnat vara, av värde i en situation som denna. Svaren framgår av Tabell 4.

Support	Needed/desirable?		Received?	
	Yes	No	Yes	No
Staff for communication	5	1	0	6
Staff for interpretation	5	1	1	5
Psychosocial support	5	1	1	5
Coordination of evacuation	6	0	2	4
Equipment	6	0	0	6
Drugs	6	0	0	6
Trauma teams	6	0	0	6
Anaesthesiologists	6	0	0	6
Nurses	4	2	0	6

Tabell 4. Svar på enkätfråga till thailändsk sjukvårdspersonal: ”What kind of support from Sweden was, or would have been, of value in a situation like the tsunami disaster, and to what extent was that received? “

Behov av personal för etablering av *samband med hemland och anhöriga* kanske är specifikt för denna katastrof. Önskan att komma i kontakt med anhöriga och hemlandet är naturligt när man drabbats av skada och/eller förlust av anhörig. Mobiltelefonnätet var drabbat av både tekniska störningar och överbelastning. Många skadade hade förlorat sina mobiltelefoner i flodvågen. Ambassadens begränsade personaltillgång begränsade också möjligheten att få stöd med sådant därifrån.

Önskemålet om *tolkhjälp* bedöms klart motiverat. De flesta thailändska läkare talar hygglig engelska, sjukvårdspersonalen i övrigt däremot i mycket begränsad omfattning. En skadad har självfallet behov att kunna kommunicera med den som ansvarar för hans/hennes behandling.

Psykosocialt stöd från svensktalande personal är också ett naturligt behov eftersom språksvårigheter och kulturella skillnader gör det svårt för värdlandet att tillhandahålla sådant stöd.

Behov av *koordination för evakuering* berörs närmare nedan.

Det framförda önskemålet om *sjukvårdsutrustning och läkemedel från Sverige* är mer förvånande. Den upprättade luftbron från Bangkok försåg Phuket-provinserna med både utrustning och läkemedel betydligt snabbare än vad som skulle ha varit möjligt att få fram från Sverige. Möjligen har behovet uppfattats så stort att detta inte räckt.

Det framförda önskemålet om behov av *stöd från svensk sjukvårdspersonal* bör ses mot bakgrund av den mycket stora och i tiden utdragna belastningen på den thailändska sjukvårdspersonalen. Den bör också ses mot bakgrunden av att sjukvårdspersonal som befann sig i området som turister på flera sjukhus ställde upp med vad som bedömdes vara mycket värdefulla insatser. Detta är en komplicerad fråga som behandlas separat i denna rapport (sid 33). Intressant är dock att konstatera att samtliga tillfrågade sjukhus angivit ett sådant behov vilket står i kontrast till Socialstyrelsens rapport där man anger att man från thailändsk sida avböjt sådan förstärkning.

De högra kolumnerna i tabellen indikerar att de önskade stödfunktionerna tillhandahållits i mycket begränsad omfattning.

På sidan 28, tabell 8 redovisas de skadades uppfattning om behov av stödinsatser till den thailändska sjukvården.

Evakuering av skadade

Så länge god sjukvård kan förmedlas på plats råder normalt ingen brådska med evakuering av skadade till hemlandet utan detta bör göras först när patienten är i så bra skick som möjligt inför transport och goda transportförhållanden kan arrangeras. Här fanns dock skäl att starta en tidig evakuering dels för att avlasta den hårt pressade thailändska sjukvården, dels eftersom många skadade befann sig i psykiskt chocktillstånd efter sina upplevelser och/eller förlust av anhöriga och vänner och det då blir ett naturligt behov eller önskemål att snarast komma åter till hemlandet. Undantag utgjorde de som ville stanna kvar för att söka efter saknade anhöriga vilket måste respekteras.

Normalt har SOS International till uppgift att evakuera skadade skandinaver till hemlandet genom avtal med försäkringsbolag och resebyråer. SOS International sände också tidigt team till Thailand för planering och samordning av evakueringen. SOS Internationals resurser är dock inte dimensionerade för en katastrof av denna omfattning (se rapport från SOS International, bilaga 15). Reseföretagen kan inte förväntas ta ansvaret för evakuering av skadade (med undantag av lättare skadade som efter behandling kan flyga hem sittande och inte behöver övervakning av sjukvårdspersonal under transport). Här krävdes således insatser från de nationer som hade skadade medborgare i området.

En nödvändig åtgärd för att planera och genomföra en sådan evakuering är att sända sjukvårdsteam för lägesinventering, samordning med värdlandets sjukhus och bedömning av de skadades tillstånd inför transport. Eftersom de skadade var utspridda över ett mycket stort område både på de tre provinserna i Phuket-regionen, i Bangkok och på uppsamlingsplatser efter behandling på sjukhus fanns behov av ett stort antal sådana team som kunde fördela områdena mellan sig och kommunicera med en ledningsgrupp som sedan samordnade evakueringen. Sådana inventeringsteam (assessment teams) utsändes redan katastrofdagen av SOS International men räckte numerärt inte till för att täcka hela denna funktion.

På denna punkt uppvisade den svenska organisationen stora brister. Till skillnad mot SOS International och även andra länder med medborgare i området (Finland, Italien, Tyskland), som sände sådana "assessment teams" till Thailand redan katastrofdagen, fanns inget sådant team med officiellt mandat att samordna evakueringen förrän 4 dygn efter katastrofen då Jonas Holst från Socialstyrelsens Enhet för Krisberedskap (EKB) anlände till Thailand med denna uppgift med en mycket begränsad medarbetarstab (en sjuksköterska).

Ett antal lättare skadade och även enstaka liggande skadade hade då redan evakuerats med reseföretagens flygplan, av SOS International och med hjälp av andra nationers evakueringsflyg. Mot den svenska evakueringsinsats som sedan påbörjades har framförts kritik både från skadade, dem som deltagit i arbetet och från den thailändska sjukvården.

Uppenbarligen brast ledning och samordning av de team som skulle planera och genomföra evakueringen vilket sannolikt berodde på att de som hade uppgift att leda den dels kom till området för sent, dels hade alldeles för små resurser till sitt förfogande.

Skadade svenska medborgare har vid intervjuer varit starkt kritiska mot evakueringen som beskrivits som "kaos" och "skandal" (se även bilagorna 10 – 12). Man har i vissa fall på sjukhusen besökts av upp till 4 olika "team" under samma dag där ingen haft kännedom om de andras existens eller beslut och såväl patienterna som den thailändska sjukvårdspersonalen har fått motsägande uppgifter. Man har tagit med (eller försökt ta med) patienter utan att tala med ansvariga thailändska läkare, vilket har väckt irritation hos de för övrigt mycket toleranta thailändska kollegerna. Man har tagit ut patienter till Bangkoks flygplats där de fått ligga i många timmar då aviserade flygningar uppskjutits eller inställts. Man har inte informerat patienterna om transportförhållandena som i vissa fall har inneburit att ligga på militärbår under flygningar som blivit mycket långa pga att de utförts med kortdistansplan som måste mellanlanda på vägen. Patienterna borde i dessa fall ha fått information och givits valfrihet att uppskjuta transporten.

Uppenbarligen har samordningen i varje fall tidvis varit mycket dålig mellan olika aktörer: SOS International, andra skandinaviska aktörer, evakueringsinsatser på enskilda initiativ, team som arbetat på Socialstyrelsens uppdrag utan klara direktiv eller samordnande ledning.

Detta har drabbat redan hårt drabbade skadade och orsakat berättigad irritation hos värdlandets sjukvårdsorganisation.

Denna brist på organisation och planering i evakueringsprocessen har uppenbarligen också bidragit till att informationen om vilka patienter som lämnat Thailand varit bristfällig. Man har tidvis inte känt till vilka skadade som funnits ombord förrän planen landat i Sverige och detta har försvårat den fortsatta transporten inom landet. Detta borde ha kunnat undvikas med en bättre koordination och ledning i Thailand.

Kritik för detta bör inte riktas mot enskilda aktörer som säkert försökt göra det bästa av situationen. Noteras bör också att kritiken inte är genomgående, insatser från vissa team har omnämnts positivt. Ett grundläggande fel var dock att ingen i tidigt skede kunde ta ett effektivt ledningsansvar för detta och snabbt etablera en organisation på plats med kvalificerad personal som kunde leda denna verksamhet. Med det stora skadeutfallet och skadeområdets utspridda karaktär borde det ha varit uppenbart att en personalstark organisation behövts för denna verksamhet.

Det har också varit en tydlig önskan från de thailändska kollegerna att diskussion om enskilda patienters evakuering, med de svåra beslut som måste fattas, bör föras mellan värdlandets kolleger och kolleger med jämbördig erfarenhet och kompetens. När det rör sig om svårt skadade bör det vara team med klinisk och traumatologisk kunskap på samma nivå som värdlandets ansvariga kliniker. Prehospitala team, läkare inom annan specialitet eller med begränsad klinisk erfarenhet är ingen lämplig resurs för detta ändamål.

Mottagande av skadade i Sverige

Mottagande på flygplatserna och vidaretransport inom landet

Det är en dominerande uppfattning hos både skadade och anhöriga och de som arbetat inom den mottagande organisationen att mottagandet på själva flygplatserna organiserades och genomfördes mycket bra. På flygplatserna fanns en förberedd organisation med förberedda lokaler och tillgång till både sjukvårdspersonal och psykologer. Däremot uppstod problem med vidaretransport av de skadade inom Sverige eftersom man i brist på svensk ledningsorganisation i Thailand i många fall inte fick någon information om vilka patienter som var ombord på planen utan detta blev klart först vid landningen i Sverige,.

Ansvar för vidare transport inom Sverige tilldelades den regionala sjukvårdsledningen i Västra Götalandsregionen. Det naturliga kanske hade varit att lägga denna funktion i Stockholm eftersom majoriteten av flygplanen destinerades dit och de flesta skadade hade sin hemvist där. Motivet till beslutet var att Stockholms läns landsting hade tillräckligt med att planera mottagandet av sina egna patienter. Den regionala sjukvårdsledningen i Västra Götaland gjorde dock ett utmärkt arbete trots avståndet till Arlanda och trots brist på information om vilka patienter som förväntades. En framtida planering bör innefatta en förberedd organisation för koordination av vidaretransporter inom hemlandet som samverkar med en motsvarande väl fungerande organisation i skadeområdet. Här bör både positiva och negativa erfarenheter från denna katastrof kunna utnyttjas.

Omhändertagande av skadade på svenska sjukhus

Expertgruppen har besökt de sjukvårdsregioner som tog hand om det största antalet skadade (Västra Götaland, Skåne, Östergötland, Stockholms läns landsting) och dessutom gjort intervju med ledningsgruppen på Akademiska sjukhuset i Uppsala där också många drabbade hade sin hemvist. Fördelningen av skadade på de fyra större regionerna framgår av tabell 5.

Region	Totalt antal skadade	Inlagda	MRSA-positiva
Stockholms läns landsting	461	147	6
Västra Götaland	400	80	2
Skåne	65	26	3
Östergötland	40	14	1
Uppsala Akademiska sjukhus	58	11	-

Tabell 5. Totala antalet skadade som behandlades inom de större sjukvårdsregionerna och det antal som behövde läggas in för sina skador vid hemkomsten.

I samtliga dessa regioner fungerade organisationen väl. Sjukhusen aktiverade sina i samtliga fall uppdaterade och väl fungerande katastrofplaner och mobiliserade därmed sina ledningsgrupper som arbetade enligt plan. Vid mottagandet fokuserades på risken för infektioner, framför allt med multiresistenta organismer, varför skadade i de flesta fall placerade på specialavdelningar på infektionsklinikerna. Förekomst av MRSA visade sig dock mindre än väntat (tabell 5), men den använda strategin innebar en god säkerhet och är en användbar test inför en eventuell framtida katastrof där informationsproblematiken kan vara av mer allvarlig natur.

Inom Stockholms läns landsting har några av de större sjukhusen framfört kritik mot brist på information vilket försvårat planeringen avseende mobilisering och friställande av resurser. En del av detta kan hänföras till att information (eller uppgift om brist på information) inte vidarebefordrades till sjukhusen i den utsträckning som kunde ha varit önskvärt. Detta medförde dels frustration, dels egna initiativ från sjukhusen för att sända resurser till katastrofområdet.

Delegationer från EKB till de tre större regionerna att utvälja och sända sjukvårdsteam (när beslut om detta fattades ganska sent i förloppet) uppfattades på många punkter som oklara avseende både uppdragens målsättning och karaktär och kriterierna för selektion av personal. Regionernas val av personal ter sig också i några fall egendomligt vilket sannolikt kan hänföras till detta. Klara riktlinjer behövs när och om denna uppgift delegeras.

En representant för katastrofledningen i region Skåne (den prehospitala organisationen KAMBER) svarade på expertgruppens förfrågan varför man inte skickat personal med traumatologisk kompetens till en katastrof där trauma så utpräglat dominerade skadepanoramats med att ”Jag hittade inte namnen på regionens traumateam.” En sådan okunnighet och brist på initiativförmåga hos en person i ledningsansvarig ställning vad gäller personal som på regionens och statens bekostnad utbildats för denna verksamhet är anmärkningsvärd.

En del av de patienter som lades in på infektionskliniken på UMAS (Universitetssjukhuset i Malmö) reagerade för brist på empati från personalens sida. Ett kontaktnät mellan skadade etablerades med anledning av detta och dess företrädare har inbjudits att för den samlade personalen redovisa sina upplevelser som också beskrivs i nedtecknat vittnesmål (bilaga 10,11).

Sjukhuset och dess personal har på ett mycket bra sätt tagit till sig denna kritik och använt erfarenheterna som bas för utbildning av personal inför framtida liknande händelser. Samma reaktion har noterats hos en del patienter som kommit till USIL, Universitetssjukhuset i Lund, (bilaga 12) men även här har man på ett konstruktivt sätt tagit till sig erfarenheterna.

Behovet av psykologiska stödinsatser i samband med hemkomsten har av patientintervjuerna att döma i de flesta fall varit väl tillgodosett. Undantag finns där en del patienter som inte lagts in på sjukhus vid hemkomsten hade önskat bli aktivt kontaktade av psykolog, men alla har fått information och erbjudits att själva ta kontakt och fått hjälp när man gjort så. Bristande engagemang och rutin hos de kommunala grupperna för psykologiskt och socialt omhändertagande (POSOM) har påtalats av flera skadade och dessa gruppers beredskap för olyckor av denna art och omfattning bör ses över med ledning av erfarenheterna från denna katastrof.

Katastrofen inträffade vid ett gynnsamt tillfälle för den svenska sjukvården. Elektiv (planerad) verksamhet låg nere under helgdagarna och en del avdelningar var stängda. Det var därför möjligt inom samtliga regioner att snabbt mobilisera lediga vårdplatser i ganska stort antal. Genomgående hade mobiliserats större resurser än vad som visade sig behövas för mottagande av skadade.

Samtidigt som det aldrig är fel att initialt ”överlarma”, hade en bättre planering och koordination av evakueringen enligt ovan kunnat leda till sådan information att man kunnat trappa ner beredskapen och öppna upp en del av de platser som nu reserverats för katastrofpatienter. På många sjukhus stod nu stora resurser uppbundna i många dagar pga brist på information vilket väckt kritik med hänsyn till den svenska sjukvårdens behov att optimalt utnyttja tillgängliga resurser.

Nationell samordning

Denna katastrof engagerade hela nationen, och Socialstyrelsen har enligt riksdagsbeslut planerings- och föreberedelseansvaret för den nationella ledningen av sjukvården i sådana situationer. Denna uppgift bör naturligt ligga på enheten för krisberedskap vid Socialstyrelsen (EKB).

EKB:s strategi var att lägga ut ansvar och uppgifter på de olika sjukvårdsregionerna. Man valde att kommunicera med tre regionala sjukvårdsledningar: Stockholms läns landsting, Västra Götalandsregionen och Skåne-regionen. Bedömningen var att de flesta skadade var bosatta inom dessa områden. Övriga regioner och sjukhus i Sverige fick därmed mycket begränsad eller ingen information samtidigt som man ansåg sig nödsakad att vidta beredskapshöjande åtgärder eftersom man inte visste om man förväntades ta emot skadade, hur många och när. Detta har föranlett kritik från de sjukhus och regioner som inte informerats. Det borde ha varit möjligt att vid EKB ha mobiliserat en tillräcklig stab för att kunna förmedla samma information till landets samtliga regionala sjukvårdsledningar.

De nämnda tre regionerna fick också uppgiften att utsända team till skadeområdet när beslut om detta fattades. Det råder oklarhet och olika uppfattningar om vilka urvalskriterier och vilka uppgifter som angivits för dessa team. Det sena beslutet att sända sjukvårdsteam till platsen och den begränsade mängd personal som rekryterades för denna uppgift har också föranlett kritiska synpunkter. Detta och de eventuella konsekvenser det kan ha haft, behandlas separat i denna rapport (sid 33).

Intervjuer med skadade svenska medborgare

Två typer av intervjuer har genomförts: (1) strukturerade frågeformulär (bilaga 1) som dels utsänts till patienter genom landstingens försorg, dels kunnat rekvireras från kommissionen eller funnits på dess webbsida vilket annonserats i dagspressen, samt (2) strukturerade muntliga intervjuer av skadade som bedömts ha information av speciellt intresse för utredningen. Med dessa både metoder har sammanlagt 121 personer som behandlats för skador i anslutning till tsunamikatastrofen intervjuats.

Strukturerade frågeformulär

Formulären har vid tidpunkten för rapportens sammanställning insänts ifyllda av 90 patienter med en medelålder av 41 år. 56 % var män och 44 % kvinnor. 96 % uppgav att de haft sårskador, 30 % frakturer, luxationer, ledbands- eller senskador, 10% skallskador, 23% thoraxskador (huvudsakligen revbensfrakturer, i 20% av fallen med sekundär lungskada), 5 % bukskada, 7 % bäckenskada, 6 % ryggskada. 35 % uppgav sig ha fått in vatten i luftvägarna. Flertalet av dessa skadade hade således multipla skador. Sårskadorna var nästan i samtliga fall multipla.

Skadetyper	%
Sårskador	96
Frakturer/ledbandskador	47
Skalle	10
Bröstkorg	23
Buk	5
Bäcken	7
Ryggrad	6

Siffrorna visar att många hade multipla skador

Tabell 6. Skadefördelning hos intervjuade patienter

72 procent av de intervjuade angav kvarvarande men form av funktionshinder och smärttillstånd vid intervjutillfället 4 – 5 månader efter katastrofen.

I 61 % av fallen hade skadorna inträffat i de norra provinserna och majoriteten av dessa patienter primärt omhändertagits på sjukhusen i Takua Pa och Phang Nga. 14 % hade skadats i Phuketprovinsen och 25 % i Krabi-provinsen.

De skadade har i en tabell fått ange vilka behov av stödinsatser utöver sjukvård som hade behövts i samband med behandlingen. Svaren framgår av tabell 7 och visar att ett övervägande antal av de tillfrågade ansett att samtliga de angivna stödinsatserna behövts eller varit önskvärda.

Stödinsats	Behov		Behov tillgodosett Skala 1 – 5 där 1 = Inte alls 5 = Fullt tillfredsställande
	Ja (%)	Nej (%)	
Tolk thai/engelska	68	32	1.2
Kontakt med anhöriga	83	17	1.4
Stöd från ambassad	88	18	1.3
Stöd från reseföretag	81	19	1.9
Svensktalande psykolog	45	55	1.1
Praktiska problem (Kläder, transport)	88	12	3.2

Tabell 7. Behov av icke medicinska stödinsatser och i vilken omfattning dessa behov tillgodosetts enligt värdering av intervjuade skadade.

I samma tabell framgår hur de skadade bedömt dessa behov tillgodosedda angivet på en skala 1-5 där 1="inte alls tillfredsställande" och 5="mycket väl tillfredsställt". Tabellen visar att majoriteten av de tillfrågade rankade samtliga behov som "inte alls tillfredsställande" tillgodosedda med undantag för praktiska stödinsatser, där framför allt insatser från thailändare och volontärer framhållits.

Tabell 8 visar hur de skadade uppfattat det värde det skulle ha haft att få stöd från svensk sjukvårdspersonal på plats i olika avseenden. Det bedömda värdet av detta rankades på en skala 1-5 där 1="inte så viktigt" och 5="mycket värdefullt".

Funktion	Värde rankat på skala 1 – 5 1= Inte viktigt, 5= Mycket värdefullt
Information /förklaring om skador	4.38
Trygghet i behandlingen	4.36
Kontaktlänk mellan skadade och thailändsk sjukvårdspersonal	4.37
Direkta behandlingsinsatser	4.29
Planering och samordning av evakuering	4.49

Tabell 8. *Intervjuade patienters svar på frågan hur värdefullt det skulle ha varit med insatser från svenska sjukvårdsteam i olika funktioner.*

Av tabellen framgår att den övervägande majoriteten av de skadade bedömde stöd från svenska sjukvårdsteam på plats som ”mycket värdefullt” i alla dessa avseenden.

En del av dessa behov rankades lägre hos skadade som behandlades för mycket lindriga skador och även hos en del skadade som själva var sjukvårdspersonal och hade lättare att klara av detta på egen hand.

Muntliga strukturerade intervjuer

Dessa har utförts dels med enskilda skadade, dels i grupp (familjer eller andra grupper med naturlig sammanhållning eller gemensamma erfarenheter) där man kunnat både komplettera och bekräfta varandras information. Flera av dem som intervjuades på detta sätt var själva sjukvårdspersonal. Trovärdigheten hos de intervjuade bedömdes genomgående som mycket god.

De muntliga intervjuerna gav samma bild av behoven som redovisats i tabellerna 7 och 8 ovan. De gav dessutom värdefulla ögonvittnesskildringar av situationen på de olika sjukhusen och under evakueringskedjan (bilaga 5 – 10) och är en viktig grund för att bedöma det behov av insatser som förelåg.

Skildringarna bekräftar expertgruppens observationer vad gäller den stora diskrepansen i både belastning och resurser mellan de perifera sjukhusen i framför allt de norra provinserna och sjukhusen i centrala Phuket-regionen.

Ögonvittnesskildringarna från framför allt sjukhusen i Takua Pa och Phang Nga är skrämmande (se även bilagorna 5 – 9). De skadade vittnar om en krigsliknande situation med 100-tals skadade köande för att komma in i sjukhuset. Enligt en intervjuad grupp skedde inte registrering av alla skadade (”högst en tredjedel”) och om detta är korrekt skulle de siffror som anges i tabell 2 angående antalet omhändertagna patienter behöva dubbleras. Det påverkar också siffrorna avseende antalet omhändertagna svenskar eftersom de utgjorde en mycket stor grupp vid just Takua Pa-sjukhuset.

Av det som redovisas beträffande förhållandena på sjukhuset (se även bilaga 5-7) kan nämnas:

- Helt otillräckliga vårdplatser, även svårt skadade fick ligga på golvet på filtar i provisoriska lokaler.
- Provisoriskt övertäckta döda låg eller transporterades fullt synligt för patienterna.

- Läkemedlen räckte inte till alla. En patient berättar hur han i desperation ”stal” på sjuksköterskeexpeditionen för att få smärtlindring till sin lidande familj.
- En del sår lades om utan att ens göras rent, vid omläggning fanns både grus och främmande partiklar i såren som redan då blivit kraftigt infekterade.
- En del patienter som inte själva kunde gå nödsakades urinera vid sina sängplatser vilket skapade en ”ohygglig stank”.

En svensk läkare stoppade enligt uppgift nästan med våld en planerad amputation av en arm på en ung svensk flicka där armen sedan kunde bevaras med fullgod funktion. Amputationer av extremiteter som potentiellt kan bevaras är inte en accepterad katastrofmedicinsk metod för att spara resurser och har sådant skett är det naturligtvis allvarligt.

En patient med sex revbensfrakturer och pneumothorax låg över två dygn med ett thoraxdrän som man inte lyckades få in i lungsäcken och med tilltagande andningssvårigheter. Hon överlevde genom att hon via mobiltelefon lyckades få kontakt med en affärsbekant i Bangkok som ordnade privat hämtning till ett Bangkok-sjukhus där hon omedelbart fick intensivvårdsbehandling utan vilken hon sannolikt inte skulle ha klarat sig (hon visade sig samtidigt ha en leverskada med blödning).

Nedtecknade vittnesskildringar från de hårdast belastade sjukhusen redovisas i bilagorna 5 – 9. Vittnesmålen har gjorts anonyma i rapporten men personerna bakom dem finns under sekretesskydd arkiverade av kommissionen och samtliga har förklarat sig beredda att bli kontaktade för konfirmation av uppgifternas sanningsenlighet.

Enligt många vittnesmål gjorde den thailändska sjukvårdspersonalen här allt som över huvud taget kunde göras men resurserna räckte helt enkelt inte till trots att förstärkningsteam kom från bl a Bangkok-sjukhusen. En orsak till att flera patienter inte evakuerades i tidigt skede var dels rykten om en ny flodvåg som togs på allvar och som gjorde att man inte ville skicka ut patienter och personal på vägarna, dels en köbildning till befintliga avtransportresurser.

Många skadade (även de med sjukvårdskunskap) var uppriktigt oroade och i vissa fall övertygade om att de inte skulle överleva under dessa omständigheter. Flera hade dessutom redan förlorat anhöriga. Detta är bakgrunden till de nödrop som nådde Sverige med innehållet ”Patienter kommer att dö här om det inte görs något”. Tidigt utsända svenska sjukvårdsteam för inventering hade dels fått fram en riktig bild, dels kunnat ge värdefullt stöd till de drabbade i denna situation. Noteras bör att de team som sändes från exempelvis SOS International och resebyråerna redan på katastrofdagen befann sig i aktion i Thailand redan på måndagen lokal tid, samtidigt som situationen på exempelvis Takua Pa-sjukhuset var som den ovan beskrivna under ytterligare flera dagar.

På tisdagen beslutade den svenska ambassadören, som redan tidigare besökt Takua Pa-sjukhuset, att samtliga svenska medborgare skulle evakueras från sjukhuset till Phuket. Enligt intervjuade svenskar fick man pressa på ambassadören hårt för att få denna evakuering till stånd innan risken för komplikationer och förlust av liv blev överhängande. Han lyckades på tisdagen få till stånd en evakuering med bussar till Phukets flygplats.

En annan vittnesuppgift av intresse för bedömning av behovet av svenska stödinsatser är upplevelsen hos dem som enligt ovan evakuerades från Takua Pa till Phukets flygplats med målet att därifrån transporteras till sjukhusen i Bangkok. På flygplatsen i Phuket placerades de skadade i en hangarliknande uppsamlingshall, enligt uppgift med en temperatur på upp till

30° där de fick ligga i flera timmar. Eftersom Phuket är en internationell flygplats centralt i katastrofområdet hade man förväntat sig att här mötas av både svensk ambassadpersonal och svensk sjukvårdspersonal men inget av detta fanns. En del thailändsk sjukvårdspersonal fanns dock. Luftbron mellan Phuket och Bangkok hade då upprättats av det thailändska flygvapnet och de nationella flygbolagen. Det rådde dock kö till transporter och enligt de skadade rådde ”djungelns lag”; man fick slåss om ”köbiljetter” för att komma med. Många av de svenska skadade som då köade hade svåra skador och var i dåligt allmäntillstånd. Så småningom anlände en svensk volontär från Bangkok, affärsmannen Håkan Skoglund, som tog på sig arbetet att stödja och prioritera svenskarna inför evakueringen och han gjorde en utomordentligt fin insats. Tack vare honom kom de svenskar som behövde bårtransport med de thailändska Herkulesplanen till Bangkok där omhändertagandet både på flygplatsen och på sjukhusen fungerade utmärkt ända fram till evakueringen till Sverige, vilket närmare redovisas nedan.

Sammanfattningsvis framkom vid dessa intervjuer mycket stora och välgrundade behov av svenska stödinsatser till dessa drabbade. Sådana insatser var naturligtvis praktiskt inte möjliga under de första timmarna efter katastrofen. Redan på katastrofdagen gick dock 100-tals tomma flygstolar ner till Thailand. Redan på katastrofdagen avreste också till Thailand team från svenska reseföretag, svenska kyrkan samt SOS International och även sjukvårdsteam från andra länder (Italien, Tyskland, Finland, England). Många av dessa team var i aktion redan tidigt på måndagen lokal tid. Svenska team skulle utan tvekan ha kunnat göra stora insatser för svenska drabbade under den mycket kritiska period som varade i flera dagar. Avsaknaden av svensk personal och bristen på svenska insatser här har givit upphov till berättigad kritik

Intervjuer med volontärer

Insatser från frivilliga volontärer i form av personer som befann sig i Thailand som turister eller av andra skäl kom vid denna katastrof att få mycket stor betydelse. Många volontärer gjorde berömvärda och i flera fall avgörande insatser på flera olika nivåer och inom flera olika verksamhetsområden. En övergripande kartläggning av volontärernas insatser utförs vid katastrofmedicinskt kunskapscentrum vid Karolinska institutet. I denna utredning har enbart fokuserats på de insatser som varit direkt kopplade till behandling och vård av skadade svenska medborgare.

Intervjuer har på samma sätt som för de skadade genomförts på två sätt: (1) strukturerade frågeformulär (bilaga 3) som funnits tillgängligt på kommissionen, annonserats i dagspressen och även spritts inom volontärernas egen organisation SIV (Swedish International Volunteers), samt (2) strukturerade djupintervjuer med volontärer vars erfarenheter bedömdes vara av särskilt intresse.

Strukturerade frågeformulär

Frågeformulären besvarades av 28 personer, 14 kvinnor och 14 män, medelålder 43 år. Av dessa hade 8 utbildning inom/erfarenhet av sjukvård: 3 läkare, 1 läkarstuderande och 4 sjuksköterskor.

Samtliga tillfrågade deltog i behandling av skadade i ett antal varierande från ett 20-tal till flera hundra. Många hade redan behandlats på vårdcentral eller sjukhus och väntade på

evakuering på provisoriska uppsamlingsplatser. Andra med lindrigare skador kom till dessa uppsamlingsplatser primärt för att få hjälp och vård. Den övervägande majoriteten av dessa skadade hade infekterade sår. Tabell 9 visar hur många av de tillfrågade som utförde sjukvårdsinsatser av olika slag.

Åtgärd	Utfört av (antal)	Därav utan sjukvårds- utbildning
Borttagande av stygn i infekterade sår	6	3
Sårrengöring	12	8
Uttömmande av var	10	4
Omläggning	10	8
Utdelning av antibiotika	12	4

Tabell 9. Sjukvårdsinsatser utförda av 28 tillfrågade volontärer

Av dem som saknade sjukvårdutbildning hade åtgärderna i majoriteten av fallen utförts utan tillgång till stöd från medicinskt utbildad personal. På frågan om det skulle haft ett värde att få sådant stöd värderat på en skala 1 – 5 (1= Håller inte med, 5 = Håller helt med) svarade de tillfrågade i genomsnitt 4.3 .

Muntliga strukturerade intervjuer

10 volontärer har intervjuats i enskilda djupintervjuer. Av dessa var 3 läkare, 1 läkarstuderande och 1 sjuksköterska. Dessa intervjuer bekräftar de uppgifter som framkommit i frågeformulären.

Av speciellt intresse för utvärdering av behovet av stödinsatser från svenska sjukvården är erfarenheterna från de uppsamlingsplatser där svenska medborgare väntade på evakuering. Där befann sig många med sårskador som primärt behandlats på sjukhus och vårdcentraler, ofta genom att såren primärt sytts ihop. Dessa sår bedömdes i övervägande majoriteten av fallen vara infekterade och många patienter hade feber, en del också allmänpåverkan.

Samtidigt som det var uppenbart att infektionerna behövde åtgärdas med omläggning och andra åtgärder och i vissa fall antibiotika, var kösituationen vid denna tidpunkt så svår även vid sjukhusen i Phuket-provinsen att skadade inte ansåg sig orka vänta. Många var i dåligt skick och /eller psykiskt chockade (anhörigförluster) och ville inte lämna uppsamlingsplatserna.

På Orchid Hotel – den uppsamlingsplats där de flesta sådana patienter behandlades – fanns en thailändsk hotelläkare som dock hade flera hotell att ta hand om och bara tidvis kunde vara på plats. Han lyckades dock skaffa fram en stor mängd sjukvårdsmaterial, förbandsmaterial och antibiotika. Här arbetade volontärerna Katarina Egnell (narkosköterska), Andreas Roos (läkarstuderande), Axel Roos (ingen sjukvårdutbildning) och brandingenjören Robert Eriksson. Under flera dagar behandlade man över ett hundratal patienter dagligen. Suturer togs bort, sår öppnades och ”stora mängder tjockt grönt var” tömdes ut, till stor del utan tillgång till bedövningsmedel. Andreas Roos etablerade per mobiltelefon ett kontaktnät till läkare vid Karolinska institutet, där han går sin utbildning, och kunde på det sättet få råd med

åtgärder, val av antibiotika etc. Även de i gruppen utan sjukvårdsutbildning var i denna belastningssituation nödsakade att öppna, tömma och lägga om sår. Behovet av svenska sjukvårdsteam med traumakunskap i den situationen var uppenbart.

Under en kort period förstärktes gruppen av ett thailändskt operationslag som på hotellkliniken utförde sårrevisioner. Enstaka patienter där vårdbehovet var angeläget lyckades man också få in på sjukhusen.

På Pearl Village Hotel, som var det svenska konsulatets uppsamlingsplats, arbetade volontärer med samma uppgifter dock här under lång tid helt utan tillgång till svensk sjukvårdspersonal. I uppsamlingshallen på Phukets flygplats var situationen likartad tills första svenska läkare kom dit först på onsdagen. Redan innan dess fanns thailändsk sjukvårdspersonal där, dock enligt vittnesuppgifter i begränsad mängd i förhållande till vårdbehovet.

Även dessa insatser skedde på en tidpunkt då svenska sjukvårdsteam, om de sänts i tid, kunde ha befunnit sig på plats.

Av andra volontärer som gjorde stora insatser kan nämnas Erik Liungman som tog det organisatoriska ansvaret för prioritering och organisation vid helikopterevakuering av skadade från det hårt drabbade Phi Phi Island på ett mycket förtjänstfullt sätt. Det finns många fler volontärinsatser av stor betydelse som förtjänar omnämnande, vilket dock ligger utanför ramen för denna rapport.

Svensk sjukvårdsinsats i Thailand

Vilka behov och motiv fanns för insatser från svensk sjukvård i Thailand?

Följande potentiella behov/motiv fanns för insatser från svensk sjukvårdspersonal i katastrofområdet i Thailand:

1. Inventerings- och ledsagarteam för planering, samordning och genomförande av evakuering
2. Informationsförmedling mellan thailändsk sjukvårdspersonal och skadade svenska medborgare
3. Sjukvårdsinsatser för skadade svenska medborgare på uppsamlings- och evakueringsplatser
4. Sjukvårdsinsatser för skadade svenska medborgare på sjukhus och vårdcentraler
5. Sjukvårdsinsatser för alla drabbade i området (thailändska medborgare och skadade från andra länder)

Planering, samordning och genomförande av evakuering

När det gäller enstaka skadade och även vid begränsade olyckor med flera skadade har SOS International i Köpenhamn uppgiften att evakuera alla svenska medborgare med försäkring i bolag med avtal med SOS International, vilket är den övervägande majoriteten av svenska utlandsresenärer. SOS International hade helt naturligt en sådan uppgift även vid tsunamikatastrofen. Man sände också redan på katastrofdagen inventeringsteam (assessment teams) till katastrofområdet och mobiliserade organisationens egen stab/ledningscentral för att

mobilisera och hyra in sjuktransportresurser och sända ledsagarteam (= personal avsedd att följa med hemvändande transporter) till området.

Med 20 000 svenska medborgare i området och redan initialt tillgänglig information talande för ett mycket stort antal skadade, var risken för att SOS Internationals resurser inte skulle räcka till för denna volym av skadade redan från början uppenbar.. Med samma information som grund var det också uppenbart att motiv kunde finnas för att påbörja en evakuering av så många transportabla skadade som möjligt för att avlasta den mycket hårt pressade thailändska sjukvården i katastrofområdet.

Även om svenska myndigheter inte i strikt juridisk mening har ansvaret för sjukvård av svenska medborgare i andra länder, borde stödsatser i en sådan evakueringsprocess från svenska myndigheters sida i det rådande nödläget ha setts som en given uppgift och ingå i den allmänna skyldighet som finns att ge stöd och hjälp till svenska medborgare i uppenbart nödläge.

I enlighet med detta agerade också svenska myndigheter genom att i senare skede mobilisera transportresurser till området både i form av svenska och från andra länder inhyrda transportresurser. Hur denna aktion genomfördes när det gäller resursmobilisering och logistik ligger utanför denna expertgrupps ram att utvärdera eftersom det utreds separat av särskild tillkommissionen knuten expert. Sett från sjukvårdens sida gör vi dock bedömningen att denna insats både borde och kunde ha påbörjats långt tidigare med hänsyn till den situation som rådde. Den typ av skador som dominerade vid denna katastrof innebar möjlighet att evakuera ett mycket stort antal skadade i tidigt skede utan risk för medicinska komplikationer, dock i annan evakueringsform än vad reseföretagen kunde erbjuda i form av sittplatser utan medicinsk vård eller övervakning. En tidigare evakuering av denna kategori (vilket genomfördes av flera andra nationer med skadade i området) hade dels avlastat sjukvården på plats, dels fyllt ett uppenbart psykologiskt-socialt behov hos många av de skadade att snarast möjligt komma åter till hemlandet.

För en sådan evakuering krävs, förutom transportresurser, team som på plats inventerar behovet, i samråd med värdlandets sjukvård fattar beslut om evakuering, samordnar och leder evakueringen och rapporterar både behov och information avseende transporterade patienter till hemlandet (*"inventeringsteam"* eller *"assessment teams"* enligt internationell nomenklatur). Utan sådana team på plats i tillräcklig mängd, och utan fungerande ledning och samordning av detta, blir evakueringsprocessen i ett katastrofområde av denna utbredning lätt kaotisk, vilket också blev fallet i denna situation enligt de vittnesuppgifter som redovisats ovan både från katastrofområdet och mottagande enheter i hemlandet. Dessutom behövs sjukvårdsteam som följer hemtransporter av skadade (*"ledsagarteam"* enligt internationell nomenklatur).

Omedelbart utsändande av team med just dessa uppgifter hade därför varit klart motiverat. Enligt tillgängliga uppgifter kom det första svenska sjukvårdsteamet med någon av dessa uppgifter till Thailand 3 dagar efter katastrofen med uppgift att fungera som ledsagarteam för hemvändande transport. Teamets totala personalstab var avsett att vara en läkare + en sjuksköterska. Teamets läkare, helikopterläkaren Anders Lindberg, krävde att få med sig minst en ytterligare sjuksköterska. Lindberg fick enligt egen uppgift använda stor del av den korta tid han hade för att förbereda insatsen till att argumentera för denna förstärkning. Med hänsyn till de förhållanden som rådde i Thailand vid den tidpunkten framstår denna

energikrävande diskussion om enstaka personer som både irrelevant och svårförklarlig. Det fanns fortfarande gott om tomma flygstolar för transport till katastrofområdet.

När Lindberg såg situationen på Phukets flygplats med en evakueringshall helt fylld med svenska skadade patienter i väntan på evakuering och inget svenskt sjukvårdsteam på plats, valde han att stanna kvar i stället för att återvända med ett plan med enbart sittande (därmed lindrigare) skadade tillbaka som var den ursprungliga uppgiften. Han uppmanades också till detta av den svenska volontär, Håkan Skoglund, som då sedan ett dygn i brist på annan personal haft den svåra uppgiften att försöka prioritera och koordinera transporten av svenska skadade från Phuket. Detta beslut från Lindbergs sida ledde till en konflikt med Socialstyrelsen som krävde att han återvände och när han inte gjorde det tog kontakt med Räddningsverkets insatsstyrka som då kommit till Phuket och begärde att Lindberg skulle framtas alla mandat att agera. Detta visar en förvånansvärt dålig insikt i hur förhållandena i Thailand var trots att det vid den tidpunkten borde ha varit lätt att få fram information om detta.

Ett dygn efter Lindberg (4:e dygnet efter katastrofen) kom Jonas Holst till Socialstyrelsen med uppgiften att göra en lägesinventering och samordna evakueringen. Han åtföljdes av en sjuksköterska. Detta var en dels för sent utsänd, dels helt otillräcklig resurs för detta ändamål.

Som redan beskrivits omfattade katastrofområdet en sträcka på över 40 mil delvis svårframkomlig väg. Här fanns svenska skadade dels inlagda på över 12 olika sjukhus och kliniker (varav visserligen majoriteten av dessa fanns på 6 stora sjukhus i regionens tre provinser), dessutom på flera uppsamlings- och evakueringsplatser med endast provisoriska sjukvårdsresurser samt på Phukets flygplats. Luftbron till Bangkok innebar också att svenska patienter vårdades på flera olika sjukhus där för att senare evakueras från Bangkok flygplats.

Behov av inventerings- och ledsagarsteam

För att effektivt inventera och samordna evakueringsverksamheten inom detta område hade krävts *minimum* tre inventeringsteam i Phuket-området (en i vardera provinsen för att samverka med de tre regionala sjukvårdsledningarna där) och ytterligare *minimum* ett sådant team i Bangkok utgångsgrupperat på flygplatsen eller ambassaden. Dessutom hade krävts en stark ledningsorganisation för dessa team (sjukvårdspersonal förstärkt med stabsfunktion), lämpligen utgångsgrupperad på Phukets flygplats eller det svenska konsulat som upprättats på Pearl Village i Phuket och som också senare kom att utgöra bas för svenska insatsstyrkan. En rimlig sammansättning av sådana inventeringsteam är minst två läkare med klinisk kompetens och erfarenhet inom det skadepanorama som är aktuellt (i detta fall traumatologi) assisterad av personal med kommunikationsvana. Man kan här jämföra sammansättningen av SOS Internationals team med två erfarna läkare + personal med kommunikationsvana, i detta fall larmoperatörer, i varje team, baserat på mångårig erfarenhet.

En sådan ledningsorganisation hade utgjort ett naturligt samverkansforum med SOS International så att denna organisations fulla potential och erfarenheter hade kunnat utnyttjas.

Nu skapades en konfliktsituation mellan SOS International och de svenska teamen där båda parter hänvisar till brist på samarbetsvilja hos den andra. Denna onödiga konfliktsituation i den rådande svåra situationen hade kunnat undvikas med organisation enligt ovan, som varit det naturliga.

Viktigt är att dessa olika typer av team har rätt kompetens. *Ledsagarteamen* bör/skall ha flygmedicinsk utbildning och ha huvudinriktning inom anestesi och intensivvård eftersom uppgiften är att övervaka patienterna under transport. De kan med fördel följa med flygplan utrustade för sjuktransport till katastrofområdet och medfölja patienterna i retur.

Inventeringsteamen skall i samverkan med värdlandets sjukhus kunna fatta (ofta svåra) beslut om evakuering och bör/skall därför ha hög klinisk kompetens inom det aktuella skadepanoramats: Läkare med klinisk kunskap och erfarenhet inom traumatologi (specialister inom kirurgi, ortopedi, anestesi och intensivvård) i samtliga fall med inriktning inom klinisk traumavård. De kliniskt ansvariga i Thailand (framför allt på Bangkok-sjukhusen) reagerade mot att alla team inte hade den kunskapen utan i vissa fall utgjorde en blandning av prehospitala team, kliniskt inte verksam personal och personal från andra specialiteter. Detta i kombination med dålig samordning ledde till att teamens agerande i vissa fall fick kritik vilket var tråkigt för alla parter. Detta bidrog också till den samfälliga kritiken från svenska skadade avseende hur detta sköttes.

Erfarenheter borde ha utnyttjats

Detta var inte första gången utländska medborgare evakuerats från ett katastrofområde. Oktober 2002 evakuerades 4500 australienska medborgare från Bali efter en terroristattack med många skadade. Erfarenheterna presenterades och diskuterades vid protokollfört KAMEDO -sammanträde på Enheten för Katastrofberedskap, Socialstyrelsen, 15 april 2004. Dessa erfarenheter, redovisade nedan, kunde och borde ha utnyttjats vid tsunamikatastrofen:

Experience of evacuation of large numbers of injured Australian nationals from overseas is reported after the terrorist bomb in a night club at Kuta Beach, Bali, on the evening of 12 October 2002. A total of 6 doctors, 3 nurses and 2 paramedics were dispatched from Australia by civilian airline within approximately 18 hours. A further 5 specialist retrieval doctors and paramedics were dispatched 24 hours later. Military aircraft (5 x C-130 Hercules) were used to evacuate 65 of the most severely injured ;more than 4500 Australians were repatriated with nine special evacuation flights operated by Qantas, which included an unspecified number of ambulant patients.

It was recognised that while the military had the capacity to carry large numbers of patients, the availability of specialized medical support for large numbers of critical patients would be inadequate and could only be possible by drawing upon civilian resources. An absence of a coordination system for aeromedical evacuation both within and outside Australia was identified, and the need for a national coordination system was highlighted. *The value of a rapidly deployable civilian "reconnaissance team" sent by commercial or charter jet was suggested to be of "considerable value". Specifically, it was concluded that "civilian jet aircraft that can transport teams of up to 10 medical personnel plus equipment could be rapidly mobilized to perform initial intelligence gathering, and resuscitate and prepare patients for transport."*

Tran M, Garner A, Morrisson I et al: The Bali bombing. Medical J of Australia 2003;179:353

Informationsförmedling mellan thailändsk sjukvård och svenska skadade

Att hamna som skadad på sjukhus i främmande land i en situation med hårt ansträngda resurser är helt naturligt för många en skrämmande upplevelse, speciellt i en situation där man genomgått chockerande upplevelser och kanske förlorat anhöriga och vänner. Thailändska

läkare talar i flertalet fall relativt god engelska. Undantag finns dock; på både Takua Pa- och Phang Nga-sjukhusen i norr behövde expertgruppen använda engelsk-thailändskspråkig tolk för att i tillräcklig omfattning kunna kommunicera med sjukhusledning och personal. Sjuksköterskor och annan personal behärskar i förvånansvärt liten omfattning engelska. Alla svenska skadade behärskade ju heller inte obehindrat engelska.

Thailändsk sjukvård i allmänhet har en hög professionell kompetens sett från internationell synpunkt, vilket dock kanske inte var känt av alla svenskar och heller inte var någon självklarhet.

Vid patientintervjuerna bedömde de tillfrågade det värde det skulle ha haft med svenska sjukvårdsteam som förmedlat information och därmed skapat trygghet genomgående som mycket högt (sid 28). Samma värdering gjordes av thailändska sjukhusledningar och sjukhuspersonal (sid 21).

Sjukvård på uppsamlings- och evakueringsplatser

Ända fram till och med femte dygnet efter katastrofen befann sig många svenskar på uppsamlings- och evakueringsplatser, ofta primärt behandlade för framför allt sårskador på sjukhus, vårdcentraler och hotellkliniker. Många av dessa patienter hade infektioner som behövde åtgärdas genom omläggning av sår, i många fall öppnande av sår och uttömmande av var. Dessa skadade behandlades av skäl som ovan angivits av volontärer, ibland med begränsad eller ingen sjukvårdskunskap. Behovet av stöd från svenska sjukvårdsteam var i denna situation alldeles uppenbart och på denna punkt var volontärer och skadade vid utvärdering fullständigt eniga.

Sjukvårdsinsatser för svenska skadade på sjukhus

Socialstyrelsens representanter har i motiveringen till att man inte sände sjukvårdsteam tidigare uppgivit kontakter med thailändsk sjukvård där man skulle ha avböjt sådan hjälp. Bland annat hänvisas till kontakter med det största sjukhuset i centrala Phuket-regionen, Bangkok Phuket Hospital.

Expertgruppen tog upp denna fråga vid intervju med sjukvårdsledning och personal på bl a detta sjukhus. Den person som hänvisas till, den svensktalande internationella koordinatören på Bangkok Phuket –sjukhuset Kennerth Carlsson, bekräftade att han fått denna fråga några dygn efter katastrofen i ett läge där man hade många personer som frivilligt anmälde sig som sjukvårdspersonal, en situation som blev svår att hantera eftersom dessa personer kom utan officiellt mandat och det var svårt att fastställa vilka som verkligen var sjukvårdspersonal ("falska" sådana förekom). Han uppgav då att det inte fanns mer behov av den sortens förstärkning. När han av expertgruppen informerades om att specialutbildade team med traumakompetens och utbildning att arbeta internationellt hade funnits tillgängliga blev svaret att "det var just en sådan resurs man hade önskat", på Bangkok Phuket hospital inte så mycket för ren sjukvård som för samordning av information till patienter och inför evakuering. Informationsutbytet här kan således ha hämmats av brist på information om vilken resurs som fanns tillgänglig att sända och med vilka uppgifter.

Belastningen på Bangkok Phuket Hospital var dock avsevärt mindre i relation till resurserna än på de perifera sjukhusen. Där uppgav man på samtliga sjukhus att en direkt sjukvårdsinsats från svenska traumaspecialister varit av värde. På två sjukhus möttes expertgruppen av

uttalandet: "You are welcome now, but you had been even more welcome when it happened". På Takua Pa-sjukhuset arbetade en svensk kirurg (Peter Andersson) oavbrutet hela första dygnet trots att han hade en knäskada (som senare blev infekterad) tills han fick avbryta pga utmattning. "Hans" operationssal fick sedan stängas för att utlovad förstärkning inte kom, trots att sjukhuset då fått viss förstärkning bl a av team från Bangkok. På flera sjukhus gjorde läkare som befann sig i området som turister uppskattade behandlingsinsatser. Även på Bangkok Phuket Hospital, där man framförde behov av svenska sjukvårdsteam huvudsakligen för information och koordination, utförde svenska volontärer uppenbarligen uppskattade kirurgiska insatser för att avlasta de thailändska kollegerna och förbereda svenska skadade för evakuering.

Sjukvårdsinsatser för andra drabbade i området

Den mycket kraftiga belastningen på vissa delar av den thailändska sjukvården har redan belysts. I den situation som redovisats både i tillgänglig statistik och av många vittnen måste varje personalförstärkning ha varit värdefull. En del svenska skadade anser sig vid intervjuer säkra på att thailändsk sjukvårdspersonal prioriterat turister framför egna medborgare. Detta förnekas av de thailändska sjukvårdsledningarna vid direkt förfrågan från expertgruppen och här står uppgift mot uppgift. Förstärkning av externa team hade oavsett detta i denna situation säkerligen varit av värde för övriga drabbade både direkt och indirekt genom att ge den thailändska personalen bättre möjligheter att ta hand om egna medborgare.

I vilken omfattning tillgodosågs de behov av sjukvårdsinsatser som fanns?

Som redan nämnts kom det första av svenska myndigheter utsända sjukvårdsteamet (egentligen två personer, genom egen försorg kompletterade till tre) till skadeområdet först 3½ dygn efter katastrofen. Socialstyrelsens representant ledsagad av ytterligare en person anlände efter ytterligare ett dygn. På fredagen anlände flera team med de sjuktransportflygplan som mobiliserats på direktiv av svenska utrikesdepartementet. Sedan inträffade något som närmast kan liknas som "ketchupeffekt" med team som rekvirerades från olika sjukvårdsregioner och en dryg vecka efter katastrofen också ett traumateam. Denna ansamling av sjukvårdsteam när många av de skadade redan evakuerats skapade snarast förvirring, man hade enligt de intervjuer med denna personal som gjorts inte riktigt klart för sig sina uppgifter, tog egna initiativ och gjorde i en del fall direkt dubbelarbete som också väckte undran hos den thailändska sjukvårdspersonalen.

Samtidigt täcktes initialt inga av de behov som framkommit och detta kunde inte kompenseras med en försenad resurstillströmning som i stället riskerade att skapa förvirring.

"The Tsunami experience demonstrated that uncoordinated, incomplete, inaccurate, competing and overlapping assessments were undertaken by different agencies and organizations. These not only wasted time and resources but also raised ethical concerns in relation to traumatized populations being subjected to repeated questioning by different entities".

Proceedings from the WHO conference on the health aspects of the Asian Tsunami Phuket, 4 – 6 May 2005

Hade behovet av tidigare insatser kunnat tillgodoses?

Andra berörda sjukvårdsorganisationer (SOS International, sjukvårdsorganisationer i andra länder med skadade i området) insåg snabbt situationens potentiella allvar och mobiliserade sina resurser redan när den första informationen kom från Thailand på katastrofdagens morgon. I Sverige sände både de svenska reseföretagen, resebranschens stödorganisationer och svenska kyrkan grupper till katastrofområdet bara några timmar efter det första larmet kommit, d.v.s. middagstid katastrofdagen vilket innebar att dessa grupper var på plats i Thailand redan tidigt på morgonen dagen efter katastrofen lokal tid. Flera av dessa grupper har uppgivit att de befann sig på flygplan på väg till Thailand med över 300 tomma säten. För att citera en högt uppsatt tjänsteman från resebolagens stödorganisation Nordic Assistance som avreste med en sådan transport: ”Det var beklämmande att se alla dessa tomma flygstolar som åtminstone till en del kunde ha varit fyllda med svensk sjukvårdspersonal” (detta yttrande avgivet efter det att han konfronterats med den situation som vid den tidpunkten rådde på platsen).

Fanns då team beredda att utgå? Redan på katastrofdagen försökte sjukvårdspersonal spontant erbjuda sig att åka till Thailand och försökte kontakta både UD och Socialstyrelsen. Till UD var det pga bemanningsbrist närmast omöjligt att komma fram och Socialstyrelsens enhet för krisberedskap var inte bemannad.

I Sverige finns en specialresurs för detta ändamål, de nationella traumateam som utbildats bland annat för situationer som denna. Teamen består av handplockad personal från alla svenska landsting med inriktning och erfarenhet inom traumatologi. Varje team består av två kirurger, en ortoped, en anestesiläkare och tre sjuksköterskor från områdena anestesi/intensivvård, operation och akutverksamhet. 24 sådana team genomgick under perioden 1996 – 2003 en mycket påkostad utbildning på uppdrag av Socialstyrelsen och finansierad med statliga medel. Efter grundutbildning i Sverige tjänstgjorde teamen i en månad vid ett traumacentrum i USA med mycket hög frekvens av framför allt högenergetiskt trauma. I utbildningen ingick träning av arbete i katastrof- och masskadesituationer (organisation, prioritering av skadade, problem med arbete i andra länder). Flera av teamen har sedan ytterligare samtränats vid arbete i områden med hög sjukvårdsbelastning, bland annat i Mellanöstern på utrikesdepartementets uppdrag.

Själva utbildningskostnaden var drygt 8 miljoner kronor, därtill kommer täckande av lönebortfall på c:a 15 miljoner som landstingen stod för. Teamen fick i samband med utbildningen skriva på kontrakt att i mån av möjlighet göra insats vid internationella katastrofsituationer. Dessa kontrakt har de senaste åren inte följts upp och förnyats av ansvarig myndighet, Enheten för Krisberedskap/(EKB) vid Socialstyrelsen, vilket dock inte påverkat teamens beredvillighet att vid behov göra insatser.

Flera av dessa team gjorde sig mot bakgrund av den utbildning och det åtagande de hade sig själva beredda att med kort varsel resa till katastrofområdet. Då ingen signal kom kontaktade chefen för katastrofmedicinskt centrum i Linköping, där teamen fått sin utbildning (Thore Wikström) Socialstyrelsen dit också han i initialskedet hade svårt att komma fram, men så småningom fick beskedet att ”något behov av sådana team inte fanns”. Detta var naturligtvis frustrerande för teamen som följt utvecklingen i katastrofområdet där behov av sjukvårdsinsatser syntes uppenbart.

Förutom dessa team hörde mycket frivillig sjukvårdspersonal med kompetens och erfarenhet inom detta område spontant av sig och erbjöd sig att resa. En del försökte till och med på eget initiativ komma iväg men hindrades i vissa fall av flygbolagen som inte ville ta ombord personal utan officiellt mandat i de plan som gick planerat tomma (= utan servicemöjligheter ombord) till Thailand för att evakuera svenska medborgare.

Sammanfattningsvis kan man således konstatera att mycket gott om kvalificerad personal fanns tillgänglig i Sverige för insatser av ovan beskrivet slag.

Fanns formella hinder mot att skicka sjukvårdsresurser?

Om resurser fanns tillgängliga och det praktiskt varit fullt möjligt att skicka dem, varför skickades de då inte?

Socialstyrelsen, som har planerings- och förberedelseansvaret för sjukvården vid kris eller katastrof som engagerar hela nationen, medger att myndigheten och dess enhet för krisberedskap (EKB) har detta ansvar. Man poängterar dock att detta ansvar endast gäller sjukvård i Sverige, att det inte är operativt och att Sverige inte har något ansvar för att täcka eventuellt behov av sjukvård utanför landets gränser.

I ansvaret för planeringen av sjukvård av skadade i Sverige ingår dock omhändertagande av skadade svenskar från katastrofområden som evakueras till hemlandet. För att kunna planera och genomföra detta vid så stora skadeutfall som det här var fråga om krävs kommunikation och samordning med dem som arbetar i skadeområdet. En naturlig del i detta arbete är därför att sända inventeringsteam (sid 34) till platserna som kartlägger behovet, förmedlar information till hemlandets sjukvård om detta behov samt koordinerar evakueringen i samverkan med värdlandets sjukvård. Sådana team sändes också redan under katastrofdygnet till katastrofområdet från flera andra länder med medborgare i området (Italien, Tyskland, Finland, Storbritannien). Sverige hade ett långt större antal medborgare i området än något av dessa länder.

Inga hinder fanns för att sända sådana team omgående, eftersom det primärt inte handlar om sjukvårdsinsatser utan om att kartlägga skadeläget för evakuering av egna medborgare. Information till värdlandet kan ske under transport och teamen kan primärt utgångsgrupperas vid internationella flygplatser eller svenska ambassader/konsulat varifrån kontakt med värdlandets sjukvård kan förmedlas. Om skadeutfallet skulle ha visat sig vara begränsat och teamen eller delar av dem inte behövs kan de återvända med vändande plan och detta är således en åtgärd som om den skulle vara överflödig betingar en mycket begränsad insats och kostnad.

Om oklarheter föreläggat om vem som skall initiera utsändande av sådana team bör detta inför framtiden klarläggas. Det rimliga måste vara att den enhet som har ansvaret för sjukvården har mandat att vidta denna åtgärd och att den måste ske snabbt. Även om detta varit oklart och aldrig diskuterats, är det Socialstyrelsen och därmed EKB som har eller bör ha denna kunskap om sjukvårdens potentiella behov. Om man inte haft eller inte ansett sig ha mandat att initiera åtgärden själv borde man rimligen tagit initiativ och aktivt föreslå Regeringskansliet denna åtgärd.

Ingen annan svensk myndighet kunde i detta läge förväntas initiera och/eller vidta denna åtgärd. Räddningsverket disponerar ingen sjukvårdspersonal utöver den man medför till katastrofområden för den egna personalens säkerhet. Försvarsmakten har efter de neddragningar som genomförts ingen sjukvårdspersonal i beredskap. Enskilda landsting kan inte förväntas, och bör inte heller, ta detta initiativ, utan här krävs en samordnad insats från central myndighet.

Om sådana team skickats tillräckligt snabbt och i tillräcklig omfattning, hade information om sjukvårdsbehovet i Thailand funnits tillgänglig redan tidigt på måndagen svensk tid. Man hade under väntan på information kunnat mobilisera och förbereda sjukvårdsteam (exempelvis traumateam) i beredskap. Man hade då haft både beslutsunderlag och resurser färdiga för en sjukvårdande stödinsats som kunde ha varit på plats i katastrofområdet redan på kvällen samma dag. Fram till dess kunde medlemmar av de inventeringsteam som kommit på plats ha gjort insatser i de hårdast drabbade områdena.

De traumateam som är specialutbildade för detta kan de regler som gäller: Såvida inte särskilt avtal gäller har värdlandets vårdansvariga "befälet" och främmande nationers sjukvårdspersonal har funktionen av stödinsats. Även inom denna ram kan kvalificerad extern personal göra mycket betydelsefulla insatser genom att ställa erfarenhet och kunnande till förfogande, tillhandahålla assistans och utföra åtgärder i samverkan. I den situation som rådde i framför allt den norra och tidvis även i den västra provinsen i katastrofområdet gjorde frivillig sjukvårdspersonal från alla länder tidvis omfattande insatser i enlighet med den etiska skyldigheten hos sjukvårdspersonal att agera efter förmåga i nödsituationer där liv och hälsa är i uppenbar fara.

Expertgruppen tog också upp denna fråga med företrädare för hälsoministeriet i Thailand. Svaret blev att om team utsändes med auktorisation av svenska myndigheter och man fick information om dessa team och deras kvalifikationer, kunde formellt tillstånd att utföra sjukvårdsinsatser ordnas mycket snabbt. Det skulle i så fall underlätta om man som en beredskapsåtgärd gentemot turisttåta områden redan i ett planeringsskede informeras om vilka potentiella resurser som finns för insatser av detta slag, hur de kan rekvireras och hur samverkan bäst kan ske.

Konsekvenser av utebliven/försenad svensk sjukvårdsinsats

Undvikbara dödsfall

En fråga som diskuteras mycket i media är om denna uteblivna försenade svenska sjukvårdsinsats medfört förlust av svenska liv som kunnat räddas.

I vilken omfattning så kallade undvikbara dödsfall förekommit vid denna katastrof är mycket svårt att bedöma. Med största säkerhet har ett antal människor som överlevt flodvågen efteråt avlidit av svåra skador. Områdets geografiska karaktär och den omfattande förstörelsen i de mest utsatta områdena gjorde att det kunde ta lång tid tills sjukvårdspersonalen nådde fram och svårt skadade kan då ha avlidit i väntan på hjälp. Rädslan för nya flodvågor (som var mycket utbredd och påverkade räddningsinsatserna efter katastrofen) ledde också till vild evakuering upp i skogsområdena, vilket ytterligare försenade hjälpinsatserna. Detta hade varit svårt att undvika eftersom det låg i katastrofens karaktär och hjälpinsatser från Sverige hade sannolikt inte kunnat komma fram i tid för att hindra detta.

Som tidigare nämnts gjordes prioritering inför transport till sjukhus där skadade med utsikt att överleva prioriterades högre än patienter med skador där chansen att rädda liv bedömdes ringa. Detta är i enlighet med katastrofmedicinska principer och thailändsk sjukvårdspersonal har utbildning och träning i katastrofmedicin, varför det inte finns anledning att ifrågasätta korrektheten i denna prioritering.

Enligt de uppgifter som gått att få fram avled endast en svensk skadad som kom levande till sjukhus där dödsorsaken var sepsis (blodförgiftning). Ytterligare dödsfall bland skadade konstaterades dock på samtliga sjukhus (bilaga 4).

På de mest utsatta sjukhusen i norra provinserna registrerades dock ett stort antal skadade som ”döda vid ankomsten”, på Takua Pa-sjukhuset mer än 100. Eftersom registreringen här enligt vittnesuppgifter inte gjordes konsekvent kan det inte uteslutas att det funnits sådana patienter som varit vid liv vid ankomsten. Detta var dock fortfarande i initialskedet av katastrofen och tidigare svenska sjukvårdsinsatser hade kanske inte heller kunnat ändra på denna situation.

Sammanfattningsvis går det inte att visa att någon svensk medborgare avlidit som potentiellt kunnat räddas genom tidigare externa insatser, men det går heller inte att visa motsatsen. Hur många avlidna thailändska medborgare som kunnat räddas genom förstärkta insatser är inte möjligt att klarlägga med de förhållanden som rådde.

Undvikbara komplikationer

Om tidigare sjukvårdsinsatser kunnat reducera antalet komplikationer är också svårt att med säkerhet besvara. Den dominerande komplikationen var sårinfektioner och många av dessa kan relateras till hur såren primärt behandlades. Hos de intervjuade skadade utvecklades som framgår av tabell 10 i de sår som behandlades med primärsutur infektioner som krävde åtgärder i 89 % medan motsvarande siffra hos dem där såren lämnades öppna var lägre (57 %). Det överensstämmer med jämförelse mellan de sjukhus där primärsutur gjordes och de där såren redan initialt lämnades öppna. Möjligen hade konsultering av svenska traumateam som har specialutbildning när det gäller behandling av sår av denna typ kunnat vara av värde. Kritik bör dock inte riktas mot den thailändska sjukvården för den initiala strategin att primärsy sårskador. Samma strategi skulle sannolikt ha tillämpats vid många sjukhus i världen eftersom kunskap om katastrof- och krigskirurgiska principer inte är så spridd som den kanske borde vara.

Metod	Utförd i %	Sårinfektion %
Primärsutur	52	89
Fördröjd primärsutur	48	57

Tabell 10. Frekvensen av sårinfektioner relaterat till primär behandling. Skillnaden är statistiskt signifikant ($p < 001$).

Kriterier för infektion var behov av att öppna såret eller att läggas in på sjukhus på grund av infektion. Antibiotikabehandling användes inte som kriterium eftersom det i stor utsträckning gavs preventivt till dessa skadade.

En del problem i behandlandet av svåra skador som beskrivs vid intervjuer av de skadade enligt ovan, också beskrivet av vittnen (bilaga 5), hade kanske blivit mindre om de personella resurserna varit starkare och här kunde tidigare insatser av svenska team ha haft betydelse. Det faktum att 72 % av intervjuade svenska skadade vid intervjutillfälle 4 – 5 månader efter katastrofen uppgav bestående men, orsaker av funktionshinder och/eller smärttillstånd är i detta sammanhang värt att begrundas.

Undvikbart lidande

Samtidigt som effekterna av uteblivna svenska insatser är svåra att värdera i undvikbara dödsfall och komplikationer, är det desto lättare att värdera när det gäller ångslan och lidande hos de skadade. Även om volontärer utan sjukvårdsutbildning eller begränsad sådan gjorde fina uppsatser på uppsamlings- och evakueringsplatser (sid 32) hade svenska sjukvårdsteam här fyllt ett stort behov vilket är uppenbart mot bakgrund av både volontärernas och de skadades beskrivningar av den situation som man konfronterades med här. Enbart detta hade varit ett fullt tillräckligt skäl att skicka team till katastrofområdet tidigare.

Problem vid evakuering av skadade

En annan viktig konsekvens av den sena och svaga svenska sjukvårdsinsatsen var problemen med evakueringen som redan beskrivits ovan (sid 22,33). Bristerna här vållade både irritation, frustration och oro bland de skadade, irritation på de thailändska sjukhusen i framför allt Bangkok, friktion i samarbetet med SOS International och tråkiga erfarenheter hos de aktörer som arbetade efter bästa förmåga och drabbades av brist på ledning och samordning. En ytterligare konsekvens av detta var bristande information till hemlandet vilket försvårade arbetet med vidaretransport av skadade och också i vissa fall medfört ett icke optimalt resursutnyttjande inom svensk sjukvård. Allt detta hade kunnat undvikas med en tidigare och mer kvalificerad insats i tidigt skede.

Socialstyrelsens funktion vid katastrofen

Formellt respektive kompetensrelaterat ansvar

Man har från Socialstyrelsen hävdats att man egentligen inte haft något mandat att agera och att allt agerande i detta fall skedde i form av improvisation.

Redan i det föregående har betonats att Socialstyrelsen har ett planerings- och förberedelseansvar för sjukvård vid nationsövergripande katastrofer när det gäller ledning och samordning av sjukvården inom landet. Detta ansvar borde vara naturligt kopplat till ett ansvar att stödja och samordna evakuering av skadade svenska medborgare från ett katastrofområde med ett så stort antal skadade som i detta fall, eftersom dessa steg är intimt sammankopplade med varandra.

Även om man inte ansåg att någon sådan koppling fanns, var behovet av en sådan insats uppenbart och någon myndighet måste ta sig an uppgiften. Den enda myndighet där kompetens för detta fanns eller borde finnas var Socialstyrelsen eftersom Räddningsverket (som redan nämnts) inte har egen sjukvårdskompetens på denna nivå. Om Socialstyrelsen inte

ansett sig ha mandat att agera borde naturligtvis direktiv att agera ha kommit från Regeringskansliet. Om sådana direktiv inte fanns, borde den myndighet som har kompetensen att bedöma behovet själv ta kontakt och aktivt föreslå att insats initieras. Socialstyrelsen kan därför inte hänföra bristen på tidig insats enbart till brist på direktiv från annan eller överordnad myndighet.

Samma sak måste gälla sjukvårdsinsats på platsen. Om Socialstyrelsen inte ansett sig ha mandat att sända sådan insats skulle information om behovet ha framförts till Regeringskansliet och mandat att agera begärts. Inte heller här kan det sena beslutet enbart hänföras till annan eller överordnad myndighet. Den myndighet där kompetens inom området skall finnas måste ta egna initiativ för att initiera och accelerera beslutsprocessen.

Var beslutsunderlaget i initialskedet otillräckligt?

Det har hävdats från både regeringen, UD och Socialstyrelsen att ”man till en början inte alls förstod katastrofens omfattning”.

Detta är mycket svårt att förstå av följande skäl:

- Vittnesuppgifter från katastrofområdet nådde Sverige via mobiltelefonnätet redan strax efter klockan 4 på morgonen 04:00 svensk tid. Tillförlitliga vittnen har redovisat att de vid den tidpunkten via mobiltelefon haft direktkontakt med jourhavande tjänsteman på UD och givit tydliga indikationer på katastrofens omfattning (direktrapport från Khao Lak-området, det mest drabbade).
- Vid samma tidpunkt har information till UD kommit från svenska ambassaden i Bangkok.
- Från 08:00 svensk tid sände både CNN och BBC kontinuerligt från katastrofplatsen. I dessa inslag framgår tydligt hur flodvågen träffade den thailändska kusten och orsakade omfattande förstörelse och också personskador. De i ledningsansvarig position som vid den tidpunkten redan fått information om olyckan borde rimligen ha haft tillgång till och även följt dessa media.
- Det är ett väl känt faktum att 20 000 svenska medborgare vistades i detta område, oftast på strandnära hotell. Områdets geografi och struktur borde också vara väl känd, åtminstone på utrikesdepartementet.
- Parallellt med detta strömmade under hela katastrofdagen vittnesuppgifter in via mobiltelefonnätet som i stora delar fungerade trots katastrofen.

Den som summerar ihop denna i själva verket lättillgängliga information måste inse att risken för ett stort antal döda och ännu fler skadade svenska medborgare i detta område var fullständigt uppenbar redan i ett mycket tidigt skede för var och en som aktivt sökt och inte bara passivt väntat på information.

Graverande för Regeringskansliet/UD är att Socialstyrelsen, som har ett ansvar på sjukvårdsområdet vid nationell kris, inte kontaktades tidigare, utan EKB fick information först på kvällen katastrofdagen och då från annat håll. Det måste dock anses egendomligt med hänsyn till omfattningen av denna katastrof att ingen av EKB:s 17 man starka personalstyrka tidigare uppfattat vad som skett och aktivt agerat med anledning av detta.

EKB:s agerande i initialskedet av katastrofen

I enlighet med väl etablerade katastrofmedicinska principer utgjorde den redan tidigt tillgängliga informationen tillräckligt underlag för snabb och adekvat respons, speciellt med hänsyn till att tiden för transport till området är drygt 12 timmar. Principen att i sådana situationer ”hellre överlarma än underlarma” och inte vänta på fullständig information (som ofta tar tid att få) är en av grundstenarna i all katastrofmedicinsk ledningsutbildning både i Sverige och internationellt.

Mot denna bakgrund är det ytterst anmärkningsvärt att enheten för katastrofberedskap i Socialstyrelsen (EKB), trots att dess chef var i tjänst och informerades redan på katastrofdagen, inte gick upp i full beredskap och inkallade all tillgänglig personal fullständigt oavsett de formella begränsningar i beslutsmandat som må ha förelegat. Detta är ju den enhet där den katastrofmedicinska kunskapen skall finnas. Ingen personal bemannade dock denna enhet på katastrofdagen.

Först på måndagen infann sig de som inte var helglediga (fyra personer inklusive chefen) till enheten. Ledig personal uppger att de hört av sig och erbjudit sig komma in vilket dock avböjts. Enhetens chef var därmed ensam med två administratörer och en sjuksköterska som dessutom hade andra uppgifter, medan resterande av enhetens 17 man starka personal fortsatte helgledigheten. Först på andra dagen efter katastrofen inkallades ytterligare två personer för att sändas till Thailand och först mot slutet av veckan inkallades ytterligare personal.

Någon dagbok över händelseförloppet fördes enligt uppgift inte heller initialt utan förloppet rekonstruerades den 31/12 då logg började föras. Socialstyrelsen, som har tillsynsansvar för bland annat dokumentation inom sjukvården, skilde sig på denna punkt från landets sjukvårdsregioner vars ledningsgrupper samtliga presenterat noggrant förda dagboksanteckningar från första larm.

Svagheten med denna begränsade bemanning är uppenbar när det gäller insamlande och förmedling av information både till och från andra myndigheter, regionala sjukvårdsledningar och katastrofområdet. Visserligen var Socialstyrelsens övergripande ledningsgrupp mobiliserad, men den kunskap och erfarenhet som måste ha funnits hos EKB:s personal borde i detta läge ha varit värdefull och någon form av beredskap eller träning inför en situation som denna måste också rimligtvis ha funnits inom enheten med tanke på dess klart definierade nationella ansvar. Enheten kunde också lätt ha förstärkts med katastrofmedicinsk kompetens som fanns tillgänglig i omedelbar närhet i bl a Stockholmsområdet.

Anmärkningsvärt är också att det inte fanns någon plan upprättad för nationell ledning av sjukvården vid nationell kris och katastrof, ett ansvar som enheten haft sedan 2003.

Om EKB hade

- mobiliserat en välbemannad stab
- till den staben knutit ytterligare katastrofmedicinsk kompetens
- följt katastrofmedicinska grundprinciper om tidig utlarmning av resurser
- inte passivt väntat på direktiv från Regeringskansliet/UD utan använt sin kunskap till att pressa på initiering av välmotiverade och brådskande åtgärder

hade sjukvårdens ledning och organisation vid denna katastrof fått en helt annan karaktär och dimension och många av de brister som ovan belysts hade kunnat reduceras eller elimineras.

Detta hade kunnat ske även inom ramen för befintlig organisation och utan hinder av befintligt regelverk.

Förslag till rekommendationer för förbättringar av beredskapen för framtida liknande händelser

I kommissionens och därmed även expertgruppens uppgift ligger att avge förslag till förbättring av beredskapen inför eventuella framtida liknande händelser i den mån sådana förbättringar bedömts motiverade.

Behov av nationell ledningsorganisation vid nationsövergripande kris och katastrof

Behov av en etablerad, förberedd och adekvat bemannad ledningsorganisation vid kriser och katastrofer som berör hela nationen eller stora delar av den, har framförts från många håll under lång tid. Det framfördes bl a efter reaktorolyckan i Tjernoby 1986, som drabbade Sverige i form av kontamination med joniserande strålning och där behovet av en nationell samordning och förmedling av information betonades (KAMEDO rapport 1992:4). Ett sådant behov poängterades också efter Estonias förlisning 1994, där många svenskar drabbades direkt och indirekt av förlust av anhöriga och behovet av både samordnad räddningsinsats, information och psykologisk krishantering belystes (Joint Accident Investigation Commission of Estonia, december 1997).

I den så kallade Sårbarhets- och säkerhetsutredningen redan för fyra år sedan (SOU 2001:41) föreslogs återigen inrättande av en nationell krishanteringsfunktion i regeringskansliet. Detta hade vid tidpunkten för tsunamikatastrofen inte lett till någon åtgärd trots att detta behov framförts från olika håll och i olika sammanhang under nästan 20 år. Nationella organisationer för krishantering finns också i andra länder där de vid tsunamikatastrofen visade sig mycket värdefulla och ledde till en betydligt snabbare och mer adekvat respons än i Sverige.

Det ligger utanför denna expertgrupps uppgifter att framlägga förslag till en sådan nationell ledningsorganisation och hur den skall utformas i vårt land. För eventuella rekommendationer i detta avseende hänvisas till kommissionens övergripande slutrapport. Från sjukvårdens synpunkt vill vi dock poängtera behovet av en sådan organisation, med vilken nationell ledning av sjukvården måste vara samtränad och ha en mycket nära samverkan.

Behov av en nationell ledningsorganisation av sjukvården

Erfarenheterna från denna katastrof visar att sjukvården också behöver en nationell ledningsorganisation vid kriser eller katastrofer som engagerar hela eller stora delar av nationen och där sjukvården är involverad, vilket den kan förväntas bli i flertalet sådana situationer. Enligt befintligt regelverk är Socialstyrelsen den myndighet som har ledningsansvaret för sjukvården i sådana situationer. Detta ansvar har dock varit, eller i varje fall ansetts vara, formellt begränsat till insatser inom landet. Katastrofen i Sydostasien visade att svenska sjukvårdsinsatser även kan behövas utanför landets gränser. Det naturliga bör vara att samma myndighet/organisation som har det nationella ledningsansvaret inom landet, också har det för insatser utanför landets gränser, eftersom dessa insatser delvis griper in i varandra och måste vara inbördes koordinerade. Regelverket för detta måste bli tydligt så att inte oklarheter avseende ansvar och mandat att agera hindrar eller försenar insatsen.

”Community bodies and national agencies that had established emergency and disaster response plans, and had undergone regular practice drills, reacted to the Tsunami with greater promptness, and worked in a better-coordinated manner”

*Proceedings from the WHO conference on the health aspects of the Asian Tsunami
Phuket, 4-6 May 2005*

Var skall den nationella ledningsorganisationen för sjukvården ligga?

I denna rapport riktas kritik mot den enhet vid Socialstyrelsen (EKB) som är den enhet inom Socialstyrelsen som har ansvaret för insatser inom landet och därmed enligt expertgruppens uppfattning också borde ha tagit initiativ till och vid behov krävt mandat för insatser i katastrofområdet som ur flera aspekter var klart motiverade vid denna katastrof. Kritik har i rapporten också riktats mot att enheten genom att inte till fullo mobilisera sin stab, och därmed till sig knyta förstärkning i form av ytterligare katastrofmedicinsk kompetens, inte kunnat samordna vare sig den internationella eller nationella delen av verksamheten på det sätt som kunde ha krävts.

Frågan är då om det nationella ansvaret för sjukvården på grundval av denna kritik skall föreslås förlagd till annan myndighet eller organisation.

Enligt expertgruppens uppfattning är det avgörande inte vilken myndighet eller organisation som har ledningsansvaret utan hur detta ledningsansvar hanteras. Det skulle kunna ha hanterats på ett betydligt bättre sätt även i befintlig organisation och med befintligt regelverk.

Det finns fördelar med nuvarande, av riksdagen fastställda principer att den myndighet som normalt har ansvaret för planering och tillsyn av en verksamhet också skall ha detta ansvar vid nationell kris. En förutsättning för att detta ansvar skall ligga kvar hos Socialstyrelsen måste dock vara att man gör en genomgripande översyn och revision av ledningen för denna verksamhet, då framför allt EKB och dess ledning. De krav som bör ställas på en nationell ledningsorganisation redovisas nedan.

Om dessa krav inte kan uppfyllas inom ramen för befintlig organisation bör övervägas att flytta sjukvårdens ledningsorganisation vid nationell kris till annan myndighet eller organisation, vilket dock kräver mer omfattande strukturella förändringar.

Krav på ledningsorganisation för sjukvård vid nationsövergripande kris och katastrof

Planering

En beredskapsplan för ledning vid nationsövergripande katastrofer måste finnas uppgjord och vara kontinuerligt uppdaterad. Att någon sådan plan inte finns redan i nuvarande organisation är anmärkningsvärt.

Insatsberedskap

Beredskapskravet för en sådan enhet bör innefatta konstant beredskap i form av omedelbar tillgänglighet per telefon och inställelsekrav i ledningscentral inom två timmar efter larm för person med kompetens att:

- fatta beslut om höjd beredskap för den egna enheten (mobilisering av stab)
- initiera brådskande insatser där mandat för sådana bör finnas klart definierade
- rekvirera/begära erforderliga insatser från landets sjukvårdsregioner

För att upprätthålla en sådan beredskap är nuvarande organisation med tjänsteman i beredskap (TIB) helt otillräcklig. Det kräver att extern katastrofmedicinsk kompetens måste knytas till enhetens beredskapssystem.

En sådan beredskapsorganisation kommer att medföra vissa kostnader som dock är väl motiverade med hänsyn till:

- erfarenheterna från denna katastrof och de krav på förbättrad beredskap som svenska medborgare med anledning av detta har rätt att ställa
- befintligt riskscenario med många svenskar som befinner sig utanför landets gränser i kombination med den ökande risken för stora olyckor eller katastrofer som inledningsvis berörts.

Dessutom kan/bör en sådan organisation inte bara användas vid katastrofer av denna omfattning utan även vid stora olyckor och katastrofer inom landet. De krympande marginalerna i sjukvården som följd av effektivare resursutnyttjande gör det nödvändigt att samutnyttja resurser från flera sjukhus och regioner vid omfattande olyckor där både skadade och personella/materiella resurser behöver omfördelas. Här kan en välfungerande nationell ledningsorganisation vara av mycket stort värde.

Denna enhet måste precis som svenska sjukhus och regionala landstingsledningar föra uppdaterad larmlista så att ledig personal vid behov kan kallas in.

Adjungerad kompetens

Till ledningen för denna verksamhet i skarpt läge måste kunna knytas specifik kompetens inom katastrofmedicinens olika områden:

- traumatologi
- kemiska olyckor
- joniserande strålning
- smittsamma sjukdomar
- nedkylning och drunkning
- brännskador
- katastrofpsykiatri
- rättsmedicin

All denna kompetens behöver inte knytas till ledningen vid varje katastrof, men personer med denna kompetens bör ingå i ett beredskapssystem som säkrar tillgången på representanter inom dessa områden då så erfordras.

Ledningscentral

En ledningscentral måste finnas i form av lokal förberedd med kommunikationsutrustning och övrig erforderlig utrustning enligt samma modell som används både av regionala sjukhusledningarna och många sjukhus. Om denna ledningscentral skall vara belägen inom den egna enheten eller i direkt anslutning till den övergripande nationella ledningen är en fråga som måste lösas utifrån praktiska förutsättningar. Samlokalisering med regional ledningscentral är också en möjlighet.

Utbildning och övning

Ledning och stab i denna enhet måste ha utbildning i dessa funktioner där även potentiellt adjungerade experter deltar. Övningar av simuleringstyp bör arrangeras regelbundet och i samverkan med den övergripande nationella ledningen som förhoppningsvis kommer till stånd efter denna katastrof.

En organisation av här skisserat slag bör innebära goda förutsättningar att fylla alla de behov som angivits i denna rapport både avseende insatser i katastrofområdet och ledning och samordning inom landet.

Sammansättning av personalgrupper för utsändande till skadeområde

Utredningen har redan belyst att de personer eller personalgrupper som utsänds för en sådan insats måste ha klart definierade uppgifter och att valet av kompetens och utbildning måste vara speciellt anpassad till dessa uppgifter. Här fanns stora brister vid tsunamikatastrofen eftersom de regionala sjukvårdsledningarna ansåg sig ha fått oklara direktiv om var de uppgifterna skulle bestå och i vissa fall valde ut personal på mycket tveksam grund.

För evakuering av skadade behövs både *inventerings- och ledsagarteam* och lämplig sammansättning av sådana team har redan belysts i utredningen (sid 33).

För sjukvårdens insatser behövs team med kompetens anpassad till det aktuella skadepanoramats. Om skadepanoramats huvudsakligen består av fysiska skador är de traumateam som redan finns utbildade och tränade en mycket god resurs som inte finns anledning att förändra. Tvärtom bör den påkostade utbildning som genomförts tas till vara genom att teamens kompetens kontinuerligt upprätthålls och uppdateras. Om panoramat är skador av kemiska ämnen eller gaser krävs team med toxikologisk och anestesilogisk kompetens, vid skador med joniserande strålning kompetens inom strålningsmedicin, vid smittsamma sjukdomar kompetens inom detta område. Sådana team bör förberedas på samma sätt som traumateamen för internationella insatser och även för insatser inom landet.

Vid alla dessa typer av panoraman kan finnas behov av psykologiskt omhändertagande redan i skadeområdet men detta måste prioriteras *efter* räddande av liv och hälsa. Om personal med psykologisk/psykiatrisk kompetens skall sändas till ett skadeområde måste det vara personer med både utbildning inom området och erfarenheter från arbete med skadade vid svåra olyckor ”på hemmaplan”. Att sända ut personer utan sådan utbildning och erfarenhet kan göra mer skada än nytta och kan också uppfattas som brist på respekt för de drabbades situation. Även sådana team bör förberedas för situationer som denna.

Inga av dessa team bör sändas till skadeområden i andra länder utan att åtföljas av administrativ stödpersonal för att ombesörja praktiska problem som upprättande av kommunikation, transport och uppehälle. En liten stödgrupp på 1-2 personer med kompetens/erfarenhet inom detta område bör vara tillräckligt. En sådan grupp bör naturligtvis anpassas efter det område insatsen sker i.

Förslag har redan framlagts från andra håll att koppla sådana sjukvårdsteam till Räddningsverket, bland annat av nyss nämnda skäl. Sändande av räddningspersonal till andra länder utan direkt begäran från landet eller internationell biståndsorganisation kan vålla problem och fördröjningar och detta bör i så fall ses över. Sjukvårdsteam för inventering av skadeläge och koordination av evakuering är dock alltid motiverat och inte kontroversiellt. De kan dessutom utgångsgrupperas vid ambassader och internationella flygplatser varifrån kontakt kan etableras med värdlandets sjukvårdsorganisation. Att viss stödpersonal kopplas till sådana team är naturligt och bör inte utgöra något diplomatiskt hinder.

Undantagsvis kan finnas länder och områden dit även utsändande av sjukvårdsteam för assistans vid evakuering av egna skadade medborgare kan vara känsligt. Om många svenska medborgare finns i eller planerar besöka sådana områden (exempelvis i samband med idrottsevenemang) bör som led i beredskapen diskussioner om regelverk och principer för detta föras med berörda länder innan olyckor inträffar.

Författarpresentation

Sten Lennquist är Professor Emeritus i Katastrofmedicin vid Linköpings Universitet. Han är kirurg och var 1992 – 2001 klinikchef inom det kirurgiska verksamhetsområdet vid Universitetssjukhuset i Linköping och därefter chef för Katastrofmedicinskt Centrum, Linköping. Han har arbetat med katastrofmedicin sedan 1970-talet både nationellt och internationellt, var 1984- 2002 kursledare och lärare för de svenska nationella kurserna i katastrofmedicinsk ledning för personal från svenska sjukhus och landsting och för lärare i katastrofmedicin. Han har också arbetat internationellt med katastrofmedicin för bl a WHO och EU, är chefredaktör för International Journal of Disaster Medicine, Vice President/President Elect i European Association of Trauma och Vice President, International Society of Disaster Medicine.

lennquist@telia.com

Timothy Hodgetts (QHP, OSTJ, MB, BS,MMEd,FRCP, FRCSEd, FFAEM, FIMCRCEd, FRGS, L/RAMC) är Honorary Professor of Emergency Medicine and Trauma, University of Birmingham, UK och Colonel and Defence Consultant Adviser in Emergency Medicine, Defence Medical Services, UK. Han är också Military Clinical Director, Royal Centre for Defence Medicine, Birmingham, UK. Han har stor erfarenhet av internationellt katastrofmedicinskt arbete i bland annat internationella konfliktområden och har utvecklat undervisningskonceptet MIMMS (Major Incident Medical Management and Support) som idag tillämpas vid katastrofmedicinsk ledningsutbildning i stora delar av världen. Professor Hodgetts är knuten till kommissionen i egenskap av oberoende internationell expert.

timothy.hodgetts@uhb.nhs.uk

Förteckning över bilagor

Strukturerade frågeformulär för skriftliga intervjuer

- Bilaga 1 Frågeformulär utsänt till sjukhusen i Thailand med följebrev
- Bilaga 2 Frågeformulär utsänt till/tillgängligt för skadade
- Bilaga 3 Frågeformulär tillgängligt för volontärer

Intervjuer med sjukhusledning och personal i Thailand

- Bilaga 4 Resultat av intervjuer av sjukhusledning och personal på sjukhusen i Phuket-, Phang Nga- och Krabi-provinserna

Nedskrivna vittnesmål från skadade

- Bilaga 5 Redogörelse från sjukhuset i Takua Pa (kod SP 01)
- Bilaga 6 Redogörelse från sjukhuset i Phang Nga (kod SP 02))
- Bilaga 7 Redogörelse från sjukhuset i Takua Pa (kod SP 03)
- Bilaga 8 Redogörelse från sjukhuset i Phang Nga (kod SP 04)
- Bilaga 9 Redogörelse från sjukhuset i Phang Nga (kod SP 05)
- Bilaga 10 Redogörelse från Vachira Hospital, evakuering samt omhändertagande på sjukhus i Malmö (kod SP 06)
- Bilaga 11 Redogörelse för evakuering samt omhändertagande på sjukhus i Malmö (kod SP 07)
- Bilaga 12 Redogörelse för evakuering, transport inom Sverige samt omhändertagande På sjukhus i Lund (kod SP 08)

Rapporter/redogörelser från svenska regioner och sjukhus

- Bilaga 13 Rapport från ledningsgruppen Västra Götaland avseende koordination av sekundärtransporter av skadade inom Sverige
- Bilaga 14 Rapport från Universitetssjukhuset MAS angående åtgärder i samband med katastrofen i Sydostasien
- Bilaga 15 Rapport från Regional Sjukvårdsledning i Östergötland: Sammanfattning av loggbok samt summering och reflexioner med anledning av katastrofen i Sydostasien
- Bilaga 16 Presentation av erfarenheter från ledningsgruppen, Stockholms läns landsting

Rapporter från evakueringen av skadade

- Bilaga 17 Dagbok från uppdraget i Thailand (Dr Anders Lindberg)
- Bilaga 18 Skrivelse från Dr Per-Olof Landström angående SOS Internationals insatser och samverkan vid evakueringen från Thailand
- Bilaga 19 Rapport från den finska evakueringen av skadade finska medborgare från Thailand
- Bilaga 20 Luftfartsverkets rapportering angående katastrofhjälpinsatsen i Sydostasien
- Bilaga 21 Rapport efter insats av personal med psykiatrisk kompetens i samband med flodvågskatastrofen i Thailand(försvarsöverläkare Eskil Dalenius)
- Bilaga 22 Underlag till 2005 års katastrofkommission om KBM:s åtgärder för att bidra till utveckling av sjukvårdens beredskap. Rapport från Krisberedskapsmyndigheten.
- Bilaga 23 Rapport från enheten för krisberedskap (EKB) vid Socialstyrelsen