

EU-toppmötet i Göteborg 2001

KAMEDO-rapport 83

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är ett **Underlag från experter**. Det innebär att det bygger på vetenskap och/eller beprövad erfarenhet som tas fram av huvudsakligen externa experter på uppdrag av Socialstyrelsen. Experternas material kan ge underlag till myndighetens ställningstaganden. Författarna svarar själva för innehåll och slutsatser. Socialstyrelsen drar inga egna slutsatser.

Katastrofmedicinska organisationskommittén, KAMEDO, har funnits sedan 1964. Den startade sin verksamhet inom ramen för Försvarsmedicinska forskningsdelegationen. År 1974 överfördes KAMEDO till Försvarets forskningsanstalt (FOA). Sedan 1988 är KAMEDO knuten till Socialstyrelsen.

KAMEDO:s huvudsakliga uppgift är att skicka sakkunniga observatörer till platser runtom i världen som drabbats av stora olyckor eller katastrofer. Observatörerna sänds ut med kort varsel för att samla in relevant information genom att kontakta läkare och andra berörda personer. Den information de samlar in används endast i vetenskapligt syfte. Det är främst de medicinska, psykologiska, organisatoriska och sociala aspekterna på katastrofer som studeras.

Resultaten publiceras i KAMEDO-rapporter som finns förtecknade på Socialstyrelsens webbplats www.socialstyrelsen.se. Fr.o.m. nummer 73 finns rapporten utlagd i sin helhet, för tidigare rapporter endast en sammanfattning. Fr.o.m. rapport 34 översätts sammanfattningen till engelska och fr.o.m. rapport 55 publiceras denna översättning endast på webbplatsen.

De allmänna riktlinjerna för KAMEDO:s verksamhet fastställs av en kommitté som sammanträder två till tre gånger per år. Det löpande arbetet sköts huvudsakligen av de två vetenskapliga sekreterarna som är knutna till KAMEDO på konsultbasis.

KAMEDO:s ordförande är professor *Bertil Hamberger*, Karolinska Institutet, Stockholm. De två sekreterarna är *Louis Riddez*, överläkare vid kirurgiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset i Solna, och *Helge Brändström*, överläkare, anestesi- och intensivvårdskliniken, Akut- och katastrofmedicinskt centrum, Norrlands universitetssjukhus, Umeå.

Övriga medlemmar är representanter från Akademiska sjukhuset i Uppsala, Prehospitalt och katastrofmedicinskt centrum i Västra Götalandsregionen, Försvarshögskolan (Crismart), Högkvarteret vid Försvarsmakten, Rikspolisstyrelsen, Socialstyrelsen, Stockholms brandförsvär och Stockholms läns landsting.

ISBN: 91-7201-883-6

Artikelnr: 2004-123-30

Omslag och sättning: FGO – Form Gunnel Olausson, AB

Omslagsfoto: Pressens bild

Tryck: Bergslagens Grafiska, Lindesberg, september 2004

Förord

Denna KAMEDO-rapport har tagits fram med anledning av oroligheter-
na och upploppen i samband med EU:s rådsmöte i Göteborg den 15–16
juni 2001. Rapporten belyser:

- hälso- och sjukvårdens planering inför rådsmötet
- arbetet under tiden för rådsmötet.

I fokus för studien står ledning, samverkan och stabsarbete. Rapportens
syfte är att vara vägledande vid planeringen inför liknande stora evene-
mang i framtiden.

Ett stort antal intervjuer har genomförts med personer från hälso- och
sjukvården, polisen, ambulanssjukvården och SOS Alarm i Västra Göta-
landsregionen. Dessa har också delgivit skriftligt underlag i form av dag-
böcker och rapporter.

Rapporten har skrivits av Eva Fellenius och Håkan Lindberg. Vid ti-
den för studien var Eva Fellenius avdelningschef för Centrala Avdel-
ningen för Katastrofmedicinsk planering i Stockholm läns landsting och
Håkan Lindberg ställföreträdande avdelningschef vid samma enhet. De
svarar också för den ena av rapportens två bilagor, Bilaga 1. Där beskrivs
kortfattat EU:s extra rådsmöte i Stockholm i mars 2001.

Bilaga 2 har skrivits av Annika Hedelin och Per Örtenwall, bered-
skapschef respektive beredskapsöverläkare i Västra Götalandsregionen.
I denna bilaga presenteras den belgiska beredskapsorganisationen och
hur man i Belgien planerade och utförde EU-möten under 2002. Vissa
jämförelser görs med den svenska organisationen.

Per Kulling
Enhetschef
Enheten för krisberedskap

Författare till rapporten och bilaga 1

Eva Fellenius, vid tiden för studien avdelningschef för Centrala Avdelningen för Katastrofmedicinsk planering i Stockholm läns landsting.

Håkan Lindberg, vid tiden för studien ställföreträdande avdelningschef för Centrala Avdelningen för Katastrofmedicinsk planering i Stockholm läns landsting.

Författare till bilaga 2

Annika Hedelin, Beredskapschef i Västra Götalandsregionen

Per Örtenwall, Beredskapsöverläkare i Västra Götalandsregionen

Redaktör

Louis Riddez, vetenskaplig sekreterare i KAMEDO

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning.....	7
Planeringen inför stora, riskfyllda evenemang	10
Västra Götalandsregionen.....	12
Ledning och samverkan	17
Hotbild och händelseutveckling.....	19
Skadepanorama	21
Sjukvårdens insatser.....	22
Ledning och stabsarbete.....	28
Diskussion	31
Referenser	33
 Bilaga 1 Erfarenheter från EU:s extra rådsmöte i Stockholm mars 2001	 34
Bilaga 2 Sjukvårdens beredskap i Belgien under EU-möten 2002	35
 Förteckning över KAMEDO-rapporter	 41

Sammanfattning

Första halvåret 2001 stod Sverige för ordförandeskapet i det s.k. ministerrådet, EU:s högsta beslutande organ. Ordförandelandet svarar även för de möten som hålls i Europeiska rådet där regeringschefer, vissa statschefer och kommissionens ordförande träffas. Ett sådant ordinarie rådsmöte hölls i Göteborg 15–16 juni 2001.

Till det ordinarie rådsmötet anslöt USA:s president George W Bush för att träffa Europas stats- och regeringschefer. Mötesdagarna bevakades av uppskattningsvis 3 000–4 000 journalister. Enligt polisens hotbildsanalys fanns det risk för opinionsyttringar i form av demonstrationer och konfrontationer mellan polis och demonstranter.

Farhågorna besannades tyvärr. En summering efter EU-toppmötet visar att 143 personer med skador relaterade till rådsmötet hade tagits om hand av hälso- och sjukvården, varav 86 på akutsjukhus. De flesta skadade, 94 procent, hade lindriga skador och behandlades polikliniskt.

Polisen och Beredskapsenheten i Västra Götalandsregionen hade påbörjat sin planering inför rådsmötet redan ett år innan det skulle äga rum. I början av juni 2001 utarbetade Beredskapsenheten en plan för hälso- och sjukvårdens beredskap som skickades ut till berörda enheter i regionen. Med ledning av detta inriktningsdokument förstärktes beredskapen på akutmottagningarna i Göteborg. Dessutom förbereddes katastrofledningsgrupperna för att snabbt kunna inta stabsläge. Ambulanssjukvården förstärktes med en tiotal ambulanser under perioden 14–17 juni 2001.

Redan den 11 juni, innan det ordinarie EU-mötet hade börjat, uppstod en konflikt mellan polis och demonstranter. Konflikten uppstod trots att man hade försökt inleda en dialog. De efterföljande dagarna gjordes husrannsakan och personer greps för misstänkt förberedelse till grov misshandel och sabotage. Trots omfattande avspärningar uppkom den 14 juni våldsamma upplopp som fortsatte de efterföljande dagarna. Under de värsta oroligheterna ställdes den prehospitala akutsjukvården inför stora problem eftersom scenarierna hela tiden förändrades och så även det geografiska läget. Det förekom flera skadeplatser samtidigt. Detta medförde svårigheter när det gällde ledning och samverkan. Stundtals var Göteborg en delad stad och det var omöjligt för utryckningsfordon att ta sig från den ena sidan av staden till den andra.

Regionala medicinska katastrofledning hade det strategiska samordnings- och ledningsansvaret och grupperade sig under mötesdagarna i

sjukvårdens stabsrum på Gårda brandstation. Dit rapporterade dagligen akutsjukhus och primärvård om det aktuella läget avseende resurser och omhändertagna skadade.

Samverkanspersonal kunde av olika skäl inte beredas plats i polisens stabsrum. De snabba förloppen medförde att sjukvården fick svårigheter att organisera en effektiv prehospital ledningsorganisation i de olika skadeområdena.

För att bättre kunna överblicka de aktuella platser där det fanns risk för skador på människor fick ett samverkansbefäl med erfarenhet från både ambulanssjukvård och räddningstjänst följa med i polisens ledningsbil. Samverkansbefälet kunde lämna värdefulla lägesrapporter till både sjukvårdens och räddningstjänstens strategiska ledningsgrupper.

I samband med skottlossningen den 15 juni utlöstes katastrofläge under cirka en timme på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU). Beslutet fattades av bakjouren på kirurgkliniken på SU/Sahlgrenska med ledning av den information som gavs från Regional medicinsk katastrofledning. Katastroflarm utlöstes även på SU/Östra och SU/Mölndal av oklar anledning.

Hälso- och sjukvården hade en genomtänkt strategi för att täcka behovet av att delge information om skadade. Belastningen på Sahlgrenska Universitetssjukhusets pressjour blev dock stundtals mycket stor.

Observatörernas slutsatser

- Det är viktigt att redan i planeringsfasen etablera en god samverkan mellan hälso- och sjukvård, polis, kommunal räddningstjänst och andra aktörer.
- I den plan som görs inför ett evenemang bör ingå beskrivning av grundfakta, ledningsförhållanden, förstärkningar och principer för fördelning av skadade ger värdefull vägledning för berörda enheter inom hälso- och sjukvården.
- Den dagliga inventering av akutsjukhusens resurser som Regional medicinsk katastrofledning genomförde gav en bild av resursläget och var värdefull för det strategiska ledningsarbetet.
- Samverkanspersoner från sjukvården och räddningstjänsten bör beredas plats i polisens stab.
- I samband med upplopp eller kravallliknande situationer kan det vara svårt för räddningstjänst och sjukvård att agera säkert i närhet av en skadeplats. Ett samverkansbefäl i polisens ledningsbil kan då förse sjukvård och räddningstjänst med värdefull information.

- Det var vid flera tillfällen oklart om det pågick en eller flera polisinsatser och Göteborg var stundtals en delad stad. Sjukvården hade därför problem med att skapa en prehospital ledningsorganisation. Det belyser behovet av att ha en strategisk ledning för samordning av sjukvårdsinsatserna och en fungerande samverkan mellan polis, räddningstjänst och sjukvård.
- När pressjouren på Sahlgrenska Universitetssjukhuset blev alltför belastad borde katastrofledningsgruppen på sjukhuset ha övertagit ansvaret för informationen till media.
- Ambulanssjukvården i Storgöteborg kommunicerar idag både med SOS Alarm och kommunala räddningstjänstens ledningscentral. I framtiden bör enbart en tydlig kommunikationsväg skapas, förslagsvis till SOS Alarm.
- Inom Västra Götalandsregionen finns det olika uppfattningar om hur det strategiska ledningsarbetet ska organiseras. Roller och ansvarsfördelning mellan Regional medicinsk katastrofledning och Sahlgrenska sjukhusets ”Centrala katastrofkommitté” bör förtydligas.
- En tydlig stabsinstruktion och ett tillräckligt stort stabsutrymme möjliggör ett effektivt stabsarbete. Nuvarande stabsutrymme för Regional medicinsk katastrofledning är för litet.

Planeringen inför stora, riskfyllda evenemang

Första halvåret 2001 stod Sverige för ordförandeskapet i det s.k. ministerrådet, Europeiska unionens råd, som är EU:s högsta beslutande organ. Inom ramen för ordförandeskapet svarade Sverige även för de s.k. toppmöten som hålls i Europeiska rådet. Då träffas regeringschefer, vissa statschefer och kommissionens ordförande.

Under Sveriges ordförandeskap genomfördes två toppmöten:

- ett extra rådsmöte i Stockholm 23–24 mars 2001
- ett ordinarie rådsmöte i Göteborg 15–16 juni.

Till det ordinarie rådsmötet anslöt USA:s president George W Bush. Den delegation, inklusive bevakning från media, som följde presidentens besök bestod av 600–800 personer. Rysslands president Putin besökte Stockholm under rådsmötet i mars.

Medias intresse för evenemangen var stort. Toppmötet i Göteborg bevakades av uppskattningsvis 3 000–4 000 journalister från 15–20 TV-stationer och andra media.

Publika arrangemang

Arrangören har det yttersta ansvaret för hur ett möte genomförs. I ansvaret ligger bl.a. att arrangören ska se till att arrangemanget inte medför någon fara för publiken.

I planeringen inför ett evenemang är flera myndigheter inblandade. Polisen beviljar tillstånd och ställer villkor för genomförandet så att ordning och säkerhet upprätthålls. Räddningstjänsten inspekterar lokaler, kommunen bedömer miljö- och hälsorisker samt eventuella behov av hjälp från socialtjänsten.

Hälso- och sjukvården saknar idag lagstöd för att tvinga en arrangör att planera och bekosta en sjukvårdsberedskap. Att inblandade samhällsorgan och arrangör samverkar på ett tidigt stadium är en viktig förutsättning för en god sjukvårdsberedskap vid stora evenemang. Ett samarbete mellan sjukvården och polisen kan vara värdefull t.ex. vid bedömningar av risker och vilka krav på sjukvårdsberedskap som bör ställas inför tillståndsgivning. Sjukvårdens medverkan vid ett evenemang kan betyda allt ifrån personal som kan ge första hjälpen till kvalificerade sjuksköterskor och läkare.

Det kan gå till på vitt skilda sätt i Sverige i dag när ett landsting informeras och involveras i planeringen av ett arrangemang. Som regel ska arrangören utarbeta en organisationsplan där det framgår vad som ska göras och vem som ska göra vad. Det ska alltid finnas en ansvarig person från arrangörshåll på plats. Oavsett arrangemangets storlek ska det alltid vara dokumenterat vilka kontaktvägar som ska gälla t.ex. för att nå landstingets sjukvård.

Offentliga tillställningar

Tillvägagångssättet vid tillståndsgivning, riskanalys, planering och genomförande av offentliga tillställningar, t.ex. statsbesök och större möten, är detsamma som vid planeringen av publika arrangemang. Polisen är ofta sammanhållande myndighet i planeringen men denna uppgift kan också åläggas arrangören.

Vid varje arrangemang bör landstinget utarbeta en organisationsplan som bl.a. beskriver sjukvårdens bemanning där kompetens, tider och lokalisering framgår. Vägar och rutiner för samband, dvs. hur man kommunicerar; ska anges. Transportvägar med angivna brytpunkter och eventuella omlastningsplatser ska finnas med. Kopplingen mellan sjukvårdsberedskapen och landstingets katastrofmedicinska plan måste vara tydlig.

Västra Götalandsregionen

Västra Götalandsregionen bildades 1999 och omfattar 49 kommuner med sammanlagt cirka 1,5 miljoner invånare. Det är ungefär 30 mil från norr till söder och lika långt från öst till väst. Regionfullmäktige fungerar som regionens riksdag och Regionstyrelsen som dess regering. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har ett strategiskt och övergripande ansvar för hälso- och sjukvården i regionen. Styrelsens kansli leds av en hälso- och sjukvårdsdirektör.

SOS Alarm och ambulanssjukvården

SOS Alarm i Göteborg och Falköping larmar och dirigerar regionens ambulanser och akutbilar. SOS Alarm ansvarar också för larmet till räddningstjänsten som därefter leds och dirigeras av sin egen ledningscentral.

Inom hela Västra Götalandsregionen finns 56 dygnsambulanser och 21 ambulanser som endast är tillgängliga dagtid. Ambulanssjukvården i Storgöteborg drivs på entreprenad av räddningstjänsten och innefattar 12 dygnsambulanser, fem s.k. dagambulanser, två olycksfallsambulanser (OLA-ambulanser) och en båt. Utöver OLA-ambulanserna i Göteborg finns en akutbil i Uddevalla och en vid Norra Älvsborgs länssjukhus.

Dessutom finns cirka 25 obemannade reservfordon i regionen som kan användas vid stora olyckor och katastrofer. I juni 2001 hade regionen ingen egen ambulanshelikopterverksamhet. Sahlgrenska Universitetssjukhuset kunde dock vid behov bemanna försvarets räddningshelikopter på Säve flygplats med sjukvårdspersonal.

Akutsjukvården

I regionen finns 12 akutsjukhus varav några är sammanslagna till större organisatoriska enheter (bild 1):

- Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) som består av SU/Sahlgrenska, SU/Mölndal, SU/Östra samt Drottning Silvias barnsjukhus
- NU-sjukvården med akutsjukhusen Uddevalla sjukhus och Norra Älvsborgs länssjukhus

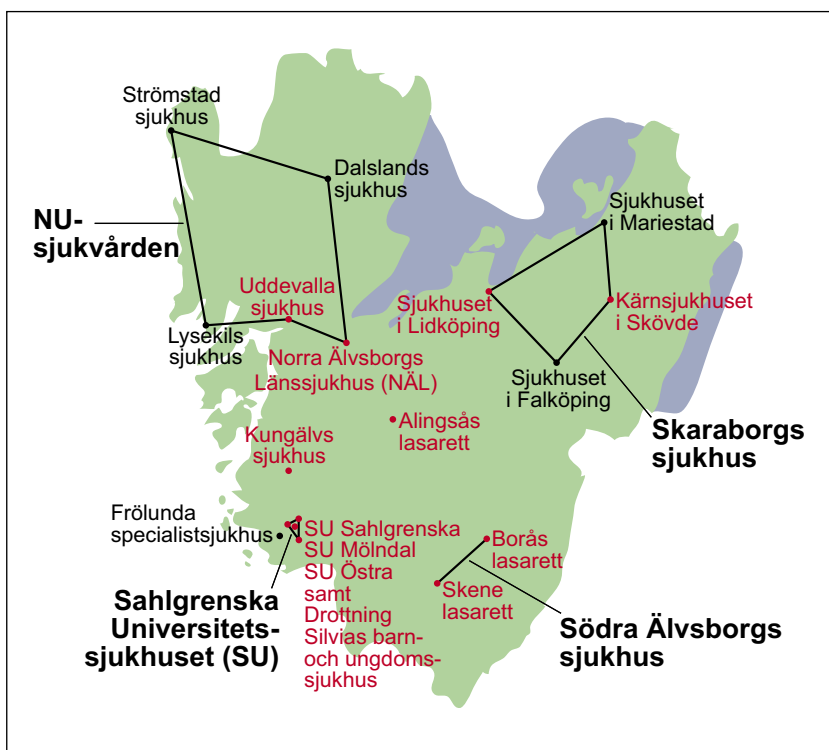


Bild 1. Akutsjukhus i Västra Götalandsregionen under EU-toppmötet (rödmarkerade).

- Skaraborgs sjukhus med akutsjukhusen i Skövde och Lidköping
- Södra Älvsborgs sjukhus med lasaretten i Borås och Skene
- Kungälv sjukhus
- Alingsås lasarett.

Regional medicinsk katastrofplan

Den regionala medicinska katastrofplanen från juni 2000 är en s.k. ramplan som på ett övergripande sätt reglerar regionens katastrofberedskap.

Liksom i de flesta landsting finns en s.k. *Regional medicinsk katastrofkommitté* och lokala medicinska katastrofkommittéer på akutsjukhusen. Regionala beredskapsenheten har det samordnade ansvaret för regionens katastrofberedskap och ansvarar för att utarbeta regionala planverk.

Katastrofplanen definierar en *särskild händelse* som en situation som hotar att inträffa eller som har inträffat där ledningen bedömer att ome-

delbart tillgängliga hälso- och sjukvårdsresurser är otillräckliga för de insatser som krävs.

Akutsjukhus och primärvård ska utarbeta lokala medicinska katastrofplaner med utgångspunkt från den regionala planen. Akutsjukhusen beslutar själva vilken av de tre beredskapsgraderna *stabsläge*, *förstärkningsläge* och *katastrofläge* som sjukhuset ska inta för att klara en uppkommen situation.

Regional ledning

Enligt den regionala medicinska katastrofplanen innehåller *normativ* ledning beslut om vilka åtaganden hälso- och sjukvården har vid olika händelser. *Strategisk* ledning innehåller beslut om ramar och inriktning för sjukvårdsinsatsen. *Operativ* ledning innebär att leda insats inom tilldelad ram.

Om en händelse endast berör ett sjukhus i regionen leds arbetet av det sjukhusets lokala katastrofledning. Berörs mer än ett sjukhus leds och samordnas arbetet av *Regional medicinsk katastrofledning* vars arbete förläggs till en förberedd lokal på Gårda räddningsstation i Göteborg. Bland Regional medicinsk katastroflednings uppgifter kan nämnas att:

- Göra resursinventeringar inom regionens sjukvård och vid behov hos närliggande sjukvårdshuvudmän.
- Samordna och vid behov leda verksamheten inom sjukvården.
- Tillse att sjukvårdsresurserna utnyttjas effektivt.
- Stödja sjukvårdens operativa ledning i skadeområdet och inom sjukhusen.
- Tillse att samband upprättas mellan skadeområdet, Regional medicinsk katastrofledning och akutsjukhusen.
- Informera inom egen organisation och till andra myndigheter och organisationer samt massmedia.
- Bedöma sjuktransportkapaciteten i regionen.

Samverkanspersoner från Regional medicinsk katastrofledning kan vid behov skickas till andra myndigheters staber, t.ex. polisens stab, kommunala räddningstjänstens staber, Sjöräddningscentralen (MRCC) eller Flygräddningscentralen (ARCC). Enligt planen ska en samverkansperson från Sahlgrenska Universitetssjukhuset ingå i Regional medicinsk katastrofledning.

Regional medicinsk katastrofledning kan inta *tre beredskapsgrader*, *grön*, *gul* och *röd*. Beslut om vilken beredskapsgrad som ska intas fattas

initialt av regionens Tjänsteman i beredskap. Utöver Tjänsteman i beredskap finns Regional beredskapsläkare i beredskap dygnet runt. Dels ska han/hon vara chef i Regional medicinsk katastrofledning och fatta alla övergripande beslut. Beredskapsläkaren utgör den högsta medicinska kompetensen i Regional medicinsk katastrofledning. I uppdraget ingår ansvar för kontakt med skadeområdets medicinska ledning och fördelning av skadade till olika sjukvårdsinrättningar.

Ledning vid akutsjukhus och i skadeområdet

Vid katastroflarm tar en lokal katastrofledare det initiala ledningsansvaret på sjukhuset och samordnar och leder arbetet på akutmottagningen. En katastrofledningsgrupp övertar ansvaret så snart den bildats. Samtliga akutsjukhus ska ha en grupp för psykologisk/psykiatrisk katastrofledning som ska vara integrerad med den övriga katastrofmedicinska verksamheten.

Ledningsorganisationen i skadeområde följer Socialstyrelsens nationella principer. Utbildade ledningsläkare finns på samtliga akutsjukhus och kan larmas vid stora olyckor och katastrofer där räddningsinsatsen beräknas bli långvarig.

Tolv akutsjukhus ska kunna skicka ut en sjukvårdsgrupp dygnet runt. Drygt trettio vårdcentraler ska kunna skicka ut sjukvårdsgrupp under kontorstid.

Katastrofplan för Sahlgrenska Universitetssjukhuset

En ny lokal katastrofplan för Sahlgrenska Universitetssjukhuset färdigställdes och övades i nära anslutning till EU-toppmötet. Planen omfattar en gemensam del för hela Sahlgrenska Universitetssjukhuset och åtgärdslistor för vardera SU/Sahlgrenska, SU/Mölndal och SU/Östra (bild 2). Den så kallade Centrala katastrofkommittén på Sahlgrenska Universitetssjukhuset ska alltid larmas om något sjukhus inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset utlöst beredskapshöjande åtgärder.

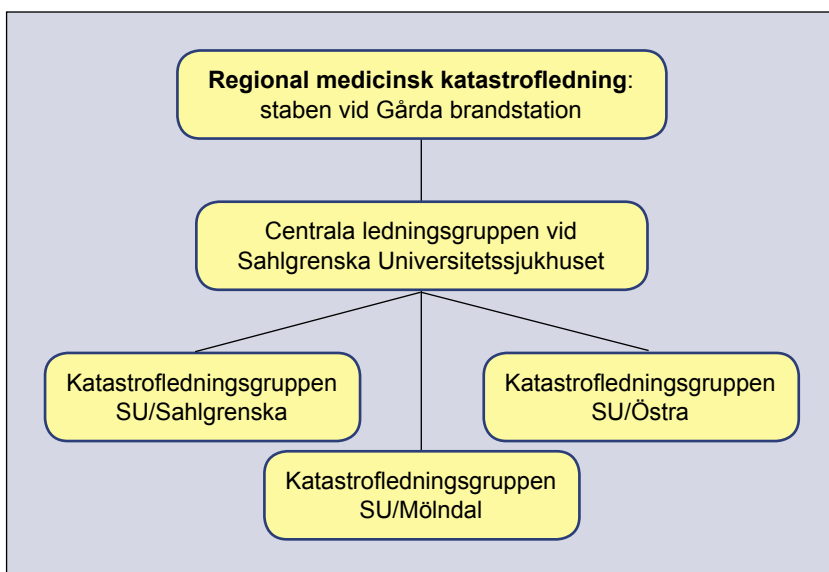


Bild 2. Katastrofledningen vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Ledning och samverkan

Det finns stora likheter men också väsentliga skillnader mellan hälso- och sjukvård, polis och kommunal räddningstjänst vad gäller sättet att leda en insats. Samverkansklimatet i Västra Götaland är gott och ledande personer inom respektive organisation känner varandra väl. Här följer en jämförelse mellan de viktigaste samverkansparternas sätt att leda en insats.

Tre huvudaktörer

Polisen

Länspolismästaren är ytterst ansvarig för polisarbetet under ett evenemang. I detta ansvar ingår ett normativt ledningsansvar och att utfärda länsorder. Polisens ”bakre ledning” utgörs av en kommenderingschef som understöds av en ledningsstab. Samma ledningsstab utgör också stöd åt polisinsatschefen/cheferna. Kommenderingschefen som har ett normativt och strategiskt ledningsansvar utfärdar en kommenderingsorder och fattar alla viktiga beslut under insatsen. En polisinsatschef har ett operativt ledningsansvar och leder en polisinsats ute på fältet.

Kommunal räddningstjänst

Operativ ledning av en räddningsinsats utövas i skadeområdet av en räddningsledare (RL). En skadeplatschef samordnar insatsen mellan olika sektorer. Sektorchefer ansvarar för insatsen inom respektive sektor.

Sjukvården

I Sverige har alla landsting en likartad organisation för ledning av en sjukvårdsinsats i ett skadeområde. Enligt den regionala medicinska katastrofplanen för Västra Götalandsregionen innehåller *normativ* ledning beslut om vilka åtaganden hälso- och sjukvården har vid olika händelser. *Strategisk* ledning innehåller beslut om ramar och inriktning för sjukvårdsinsatsen. *Operativ* ledning innebär att leda en insats inom en tilldelad ram.

En medicinskt ledningsansvarig, oftast en ledningsläkare, har det operativa ledningsansvaret i skadeområdet. Västra Götalandsregionen har dels en grupp med s.k. Regionala beredskapsläkare och dels en grupp

med utbildade ledningsläkare. Operativt ledningsansvariga ledningsläkare kan tas från någon av grupperna.

När en händelse endast berör ett sjukhus i regionen leds arbetet av det sjukhusets lokala katastrofledning. Berörs mer än ett sjukhus leds och samordnas arbetet av Regional medicinsk katastrofledning.

Två nya beredskapsfunktioner

Sedan två år tillbaka har Västra Götalandsregionen en organisation med *Tjänsteman i beredskap* och *Regional beredskapsläkare*. Båda funktionerna larmas av SOS Alarm vid hot, olyckor eller tillbud där antalet inblandade kan uppskattas till mer än fem personer eller där mer än ett sjukhus primärt engageras.

Kommentar: *Det finns olika uppfattningar i Västra Götalandsregionen om vilken roll och vilket ansvar Regional medicinsk katastrofledning ska ha. Enligt den regionala medicinska katastrofplanen leds och samordnas insatsen av Regional medicinsk katastrofledning om mer än ett av regionens sjukhus engageras. Övriga händelser leds och samordnas av lokal katastrofledning på berört sjukhus.*

Det finns även viss oklarhet när det gäller ansvars- och rollfördelning mellan Sahlgrenska Universitetssjukhuset (som är en organisation m.fl. sjukhuskroppar) och Regional medicinsk katastrofledning.

Hotbild och händelseutveckling

Hotbilden inför EU-mötet

Polisen och SÄPO följde kontinuerligt hotbilden som förändrades ju närmare mötet man kom. Sjukvården, representerad av den regionala beredskapsenheten, fick fortlöpande ta del av polisens hot- och riskbedömningar. Det krävdes för att kunna göra egna bedömningar och dimensionera sjukvårdens beredskap.

De våldsamma demonstrationer som förekom vid EU-toppmötet i Nice i december 2000 förändrade polisens bedömning av hotbilden. Det extra toppmötet i Stockholm följdes noga (se bilaga 1). Det man mest befärade var demonstrationer med konfrontationer mellan demonstranter och polis. Dessutom ingick i hotbilden risken för bränder och inträngningsaktioner mot Svenska Mässan.

Under våren 2001 bedömde polisen risken för störande eller våldsamma opinionsyttringar som *förhöjd* (nivå 3 på en skala mellan 1 och 5) eller *hög* (nivå 4). Risken för internationell terrorism bedömdes som *låg* (nivå 2).

Händelseutvecklingen

Måndagen 11 juni

En dialog inleds mellan polisen och Göteborgs ickevåldsnätverk angående det tältläger som arrangerats som en protest mot EU-toppmötet. Demonstranter beslutar sig för att inte lämna platsen frivilligt. Vid en polisinsats omhändertas 39 personer som enbart gör passivt motstånd.

Tisdagen den 12 juni

Vid en husrannsakan grips fem danska medborgare misstänkta för förberedelse till grovt sabotage och förberedelse till grov misshandel. Man påträffar också smörsyra och ett antal hemmagjorda s.k. slang-bomber. Tillslag görs mot aktivisters ”sambandscentral”.

Onsdagen 13 juni

Statsministern möter företrädare för olika opinionsgrupper.

Torsdagen den 14 juni

President Bush besöker Göteborg där det gjorts omfattande avspärningar. Hvitfeldtska gymnasiet som under mötet upplåtits för boende spärras av och en husrannsakan genomförs. I samband med våldsam upplöpp grips 459 personer och 11 personer omhändertas med stöd av 13 § polislagen.

Fredagen den 15 juni

President Bush lämnar Göteborg. Polisen har stora svårigheter att hålla radiokontakt med varandra. Det förekommer upplöpp med omfattande skadegörelse på Kungsportsavenyn och Götaplatsen. Personal från räddningstjänsten attackerar i samband med en insats på Avenyn. Bombhot förekommer (misstänkt bomb visar sig vara en attrapp) mot affärskomplexet Nordstan. Ett stort antal EU-eskorter till Landvetter genomförs under dagen. Avspärningar med hjälp av containrar sätts upp vilket begränsade utryckningsfordons möjligheter att ta sig fram. Upplöpp sker i området Vasaplatsen, Vasagatan och Vasaparken och det blir skottlossning. En person blir skjuten.

Lördagen den 16 juni

Polisinsatser görs vid Järntorget och mot Schillerska gymnasiet.

Söndagen den 17 juni

Vid en inventering av skadade poliser framkommer att fyra poliser tagits in på sjukhus. En av dem togs in på SU/Sahlgrenska för skallskada, två på SU/Mölndal för utmattningsbesvär och en på Kungälv lasarett för blödande magsår. Avspärningar avvecklas i centrala Göteborg.

Skadepanorama

Sjukhusen och primärvården rapporterade flera gånger dagligen till Regional medicinsk katastrofledning om de patienter som hade tagits om hand för skador i samband med EU-mötet. Det totala antalet skadade uppgick till 143. Av dessa omhändertogs 86 på sjukhus och 31 av primärvården. En primärvårdsläkare som undersökte skadade poliser i samband med oroligheterna tog hand om 26 personer. Bland de skadade som togs om hand var 53 poliser. Majoriteten av de skadade, 94 procent, hade lindriga skador och behandlades polikliniskt.

Tabell 1. *Fördelning av skadade på olika vårdinrättningar*

Vårdinrättning	Antal
SU/Sahlgrenska	47
SU/Östra	13
SU/Mölndal	24
Kungälv's sjukhus	2
Primärvården	31
Övrigt (poliser)	26
Summa	143

Utöver dessa 143 skadade omhändertog läkare och sjuksköterskor från Pharmacias företagshälsovård ett 100-tal patienter inom mässområdet. Ett tiotal omhändertaganden bedömdes ha med oroligheterna att göra.

Sjukvårdens insatser

Planeringsfasen

Polisen och Beredskapsenheten i Västra Götaland inledde planerings-samarbetet cirka ett år innan toppmötet. Det stod tidigt klart att sjukvården behövde öka sin beredskap för att kunna möta den hot- och riskbild som växte fram inför toppmötet.

Beredskapsenheten fick i uppdrag av regionledningen att bedöma behovet av förstärkningar inom sjukvården samt att samordna sjukvårdens förberedelser. Kontakter togs med akutsjukhusen, ambulanssjukvården, primärvården och hälso- och sjukvårdsstyrelsens kansli. Bland de externa parter som man samverkade med ingick polisen, kommunala räddningstjänsten, kommunen, SOS Alarm och SÄPO.

Beredskapsenheten förberedde en stab lokaliserad till sjukvårdens eget stabrum på Gårda brandstation. Funktionerna Tjänsteman i beredskap och Regional beredskapsläkare dubblerades under stora delar av toppmötet.

Alla enheter inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset hade genom larm- och stabsövningar tränat den nya medicinska katastrofplanen som blev klar några månader innan EU-mötet. På sjukhuset hade man också installerat en intern bildkommunikation mellan de olika grupper som ansvarade för katastrofledning. Tekniken kom dock att användas sparsamt.

Planering för besök av president Bush

President Bushs besök krävde särskild planering. Samarbetet med amerikanska myndigheter under planeringsfasen fungerade bra. Representer från Secret Service var i Göteborg och besökte bl.a. SU/Sahlgrenska. Några särskilda krav på operationsresurser, blod eller intensivvårdsplatser ställdes inte. Däremot ställdes krav på särskilda, direkta telefonlinjer från SU/Sahlgrenska. På UD:s uppdrag upphandlades en extra ambulans till mässområdet och en extra ambulans för president Bushs besök. Dessutom hade amerikanerna ytterligare en egen ambulans som fanns med under hela besöket. Den ambulansen hade särskild utrustning för NBC-skydd och sanering.

Akutsjukhusen

Beredskapsenheten utarbetade ett inriktningsdokument för hälso- och sjukvårdens beredskap som skickades ut till berörda enheter i början av juni 2001. Efter den hotbilds- och riskanalys som gjordes förstärkte Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Kungälvssjukhus sina akutmottagningar. Dessutom förbereddes medlemmarna i katastrofledningsgrupperna för att snabbt kunna infinna sig på staben.

Den 15 juni intogs stabsläge klockan 12.05 på samtliga enheter inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset, dvs. Sahlgrenska Universitetssjukhusets centrala katastrofledningsgrupp, SU/Sahlgrenska, SU/Östra och SU/Mölndal. Strax efter klockan 16.00 får centrala katastrofledningsgruppen rapport från staben vid Gårda att hotbilden har ökat under kvällen. Enligt polisen är det nu "lugnet före stormen". Klockan 16.10 återgår Sahlgrenska Universitetssjukhusets centrala katastrofledning och SU/Sahlgrenska till normalläge medan SU/Östra och SU/Mölndal kvarstår i stabsläge ytterligare en tid.

I samband med skottlossningen senare på kvällen gick SU/Sahlgrenska, efter beslut av bakjouren på kirurgkliniken, upp i katastrofläge strax efter klockan 21.00. Beslutet fattades med ledning av den information denne fick från staben vid Gårda. Vid detta tillfälle hade sjukhuset normal beredskap och kirurgbakjouren agerade i enlighet med katastrofplanen. Viss kritik har riktats mot beslutet, framför allt för den kostnad på drygt en miljon kronor som beslutet medförde. SU/Mölndal och SU/Östra följde SU/Sahlgrenska och utlöste också katastrofläge. Det är oklart hur kommunikationsvägarna till SU/Östra och SU/Mölndal har sett ut och på vilka grunder beslut om katastrofläge där fattades. Cirka klockan 22.15 beslutade man att avbryta katastrofläget på samtliga sjukhus och övergå till förstärkningsläge.

Övriga akutsjukhus i Västra Götaland förbereddes för att kunna ta emot medelsvårt och lindrigt skadade vid ett större skadeutfall samt för att ta emot eventuella överflyttningar från Göteborgssjukhusen.

Den Regionala medicinska katastrofledningen genomförde dagligen mellan den 13–17 juni en resursinventering på samtliga akutsjukhus. Enligt uppgjord plan skulle varje akutsjukhus och berörd vårdcentral dagligen rapportera om det antal skadade som omhändertagits.

Kommentar: Det beslut om katastrofläge som fattades av bakjouren på SU/Sahlgrenska bör ställas i relation till sjukhusets agerande i samband med diskotekbranden vid Backaplan. Då utlöstes däremot inte katastrofläge vilket senare har kritiserats. Det finns inom svensk akutsjukvård en oskriven grundregel att det vid osäkerhet är bättre att ut-

lösa en högre beredskapsnivå och sedan gå ner i beredskap om åtgärden visar sig onödigt tilltagen. Det är mycket ovanligt att befattningshavare som agerar enligt gällande katastrofplan får kritik för att man utlöst en för hög beredskapsnivå. Däremot bör det diskuteras om organisationen inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset med en central och tre lokala katastrofledningsgrupper bidragit till att även SU/Mölndal och SU/Östra utlöste katastrofläge.

Primärvården

Fem vårdcentraler fick ta emot patienter med skador som var relaterade till EU-toppmötet. Beredskapen var höjd med ökad bemanning och utökat öppethållande på två centralt belägna vårdcentraler i Göteborg. Regionala staben på Gårda hade kontakt med en samordnande primärvårdsläkare. Vid ett tillfälle kom en förfrågan från polisen till Regionala staben på Gårda om sjukvården kunde läkarundersöka 262 personer som blivit gripna av polisen. Staben kontaktade primärvårdsläkare som undersökte ungdomarna under natten. Några allvarigare skador upptäcktes inte.

Beredskapsenheten organiserade specialistläkare som vid behov kunde göra "hembesök" på hotellen.

Ambulanssjukvården

Utöver de extra resurser som sattes in för att följa president Bush förstärktes ambulanssjukvården i Göteborgsområdet med 11 ambulanser under perioden 14–17 juni. Under insatsen fungerade chefen för ambulanssjukvården i Göteborg som "strategisk ledare" för ambulanssjukvården. Han rörde sig mellan räddningstjänstens och sjukvårdens stab. Enligt tradition finns en stark koppling mellan räddningstjänst och ambulanssjukvård i Storgöteborg vilket kan vara en förklaring till att ledningsambulansen i första hand kommunicerar med räddningstjänstens ledningscentral (bild 3). Man har även kommunikation med SOS Alarm, men enligt samstämmiga uppgifter från sjukvårdens olika delar vore det att föredra att ledningsambulansen i första hand kommunicerade med sjukvårdens ledningscentral, dvs. SOS Alarm.

Under insatserna bemannades yttre ledningsfordon med ledningsläkare och OLA-personal. En OLA-sjukvårdare berättar:

"Det första uppdraget vi fick var att ställa upp vid Stena-terminalen tillsammans med två ambulanser och räddningstjänsten. Vi väntade in 100–150 danska demonstranter som omhändertogs av polisen. Strax därefter fick vi larm om att det var flera skottskadade i Vasaparken. Vi kör-

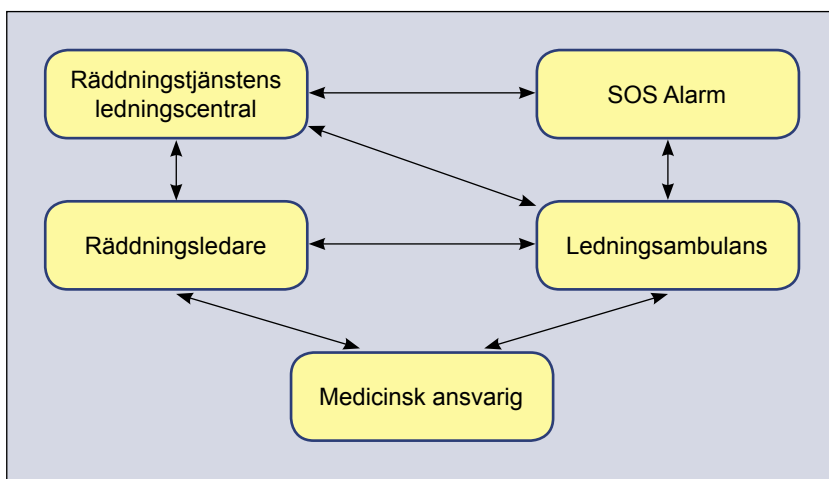


Bild 3. Kommunikationsvägar i Västra Götalandsregionen vid en sjukvårdsinsats. Operativ nivå och skadeområde.

de dit och upprättade en brytpunkt bakom polisens avspärningar. När vi klev ur ambulansen flög det stenar över huvudet och man kände av den olustiga stämningen. Vi visste att det var farligt att ge sig ut i stenregnet. Men många drog i oss och skrek att det ligger skottskadade där inne. Man kunde ju inte bara stå och titta, utan vi sprang in till de två som blivit skottskadade i benen. Patienten med skottskada i buken hade redan blivit transporterad till Sahlgrenska av en ambulans från Gårda. De två som skottskadats i benen hade blivit omhändertagna av Röda Korsets personal och läkaren bedömde inte deras tillstånd som livshotande. Även de transporterades till sjukhus i ambulans. Efter detta drog vi oss tillbaka till en säkrare plats för att upprätta en ny brytpunkt. Stenarna flög i luften, men vi blev aldrig träffade. Jag upplevde aldrig att stenkastningen riktades mot oss. Av alla de erfarenheter jag drar av händelserna kring EU-mötet är nog den viktigaste att upprätta och arbeta utifrån en brytpunkt. Vid exempelvis en bilolycka har man en fast brytpunkt som gör det lättare. I det här fallet var det svårt eftersom skadeplatserna hela tiden flyttade på sig. Det var svårt att veta hur demonstranterna skulle agera. Det är också viktigt att inte skicka in personal i ett område där man inte kan garantera deras säkerhet.”

Att skicka ut en spanare visade sig vara en bra lösning. Spanaren var en räddningstjänstutbildad ambulanssjukvårdare från OLA-ambulansen som efter ett tag skickades ut i polisens ledningsfordon som ett yttre samverkansbefäl för både sjukvård och räddningstjänst. Spanaren berättar:

”Polisinsatschefen styrde alla polisstyrkor. Polisens hårda arbetssitua-

tion gjorde det svårt att ge information till ambulanssjukvård och räddningstjänst.”

Spanaren fick därför åka med och lyssna och ta reda på polisens olika drag och sedan meddela informationen bakåt till personalen i de olika ledningsfunktionerna. Det blev även en snabb kontaktväg när polisen ville beställa ambulans.

I polisens språkbruk skiljer man ibland inte på brytpunkt och ledningsplats. Det är oklart om den intervjuade OLA-sjukvårdaren menar brytpunkt eller ledningsplats.

Sjukvårdens informationsarbete

Sahlgrenska Universitetssjukhuset har en central informationsavdelning under ledning av en informationschef. Inom sjukhuset arbetar cirka 15 personer med informationsfrågor. Vid höjd beredskap ingår informationschefen i Sahlgrenska Universitetssjukhusets centrala ledningsgrupp med uppgift att samordna informationsarbetet inom sjukhuset samt hålla kontakt med Regional medicinsk katastrofledning.

Dagliga presskonferenser genomfördes enligt uppgjord plan. Sjukvården representerades av Västra Götalandsregionens informationschef och beredskapschef som var biträdda av en informatör från Beredskapsenheten. Frågor från media besvarades oftast av beredskapschefen. Polisen hade inte möjlighet att delta i samtliga samordnade presskonferenser varför man bestämde sig för att genomföra egna dagliga presskonferenser.

Vid en tidpunkt uppstod ett rykte om att den man som sköts den 15 juni var död. Dessutom florerade olika uppgifter om mannens ålder. Denna ryktesspridning ställde till problem och ledde till att Sahlgrenska Universitetssjukhuset kallade till en extra egen presskonferens under natten till lördagen för att dementera rykten och för att beskriva det aktuella läget.

Pressjouren vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset utsattes för ett utomordentligt stort tryck från media under toppmötet, framför allt i samband med att den skottskadade mannen togs in på sjukhuset. Sammanlagt hanterade pressjouren mellan 700–1 000 telefonsamtal under toppmötet. Pressjouren befann sig inte på sjukhuset under hela mötet men hade täta kontakter med Sahlgrenska Universitetssjukhusets chefläkare för att uppdatera sig om det aktuella läget. Media har troligen fått bra pressservice men pressjouren borde ha blivit avlöst och funktionen borde ha förstärkts. När det utlöstes katastrofläge på SU/Sahlgrenska fortsatte växeln att hänvisa media till pressjouren. Instruktionen bör ändras så att

media kanaliseras till lokala katastrofledningsgruppen när den väl etablerat sig.

Kommentarer: E-post erbjuder snabb informationsspridning men man måste komma ihåg att alla inte är vana vid detta sätt att kommunicera. Personal på vårdavdelningar har inte alltid tillgång till datorer. De används för annan verksamhet, t.ex. patientadministrativa system.

Övrigt

Sjukvårdsberedskapen vid Svenska Mässan

Under EU-toppmötet hade UD avtal med Pharmacias företagshälsovård om en sjukvårdsberedskap ute vid möteslokalen bestående av två läkare och två sjuksköterskor.

Hot

Under lördagen riktades ett hot mot SU/Sahlgrenska. Ett antal personer skulle gå in och frita en skottskadad person på intensivvårdsavdelningen. Bevakningen på SU/Sahlgrenska förstärktes. Under fredagen gick ett larm om bombhot mot Nordstan samtidigt som det pågick oroligheter på Avenyn.

Sekretess

Vid några tillfällen ville polisen ta del av uppgifter om skadade som tagits om hand. Efter diskussion med jurister på Socialstyrelsen beslutades att samma sekretessregler skulle gälla som inom vardagssjukvården och uppgifter lämnades inte ut. De poliser som placerats på sjukhusen som kamratstöd till skadade kollegor var stundtals placerade i akut-mottagningarnas väntrum. Det har diskuterats om detta var lämpligt med tanke på sekretessen.

Kommentar: Bestämmelserna i sekretesslagen (1980:100) kap 7, § 1 gäller även under stora olyckor och katastrofer och särskilda händelser.

Ledning och stabsarbete

Regional medicinsk katastroflednings stabsutrymme är cirka åtta kvadratmeter och beläget i anslutning till räddningstjänstens och kommunens stabsutrymmen på Gårda. SOS Alarm finns i samma byggnad. Stabsrummet är utrustat med bl.a. en s.k. whiteboardtavla, datorer, kommunikationsutrustning och samtliga katastrofplaner för regionen. I rummet vistades mellan 4–10 personer vid olika tillfällen under toppmötet och det var stundtals mycket trångt.

Samverkan

Vid tidigare stora händelser och evenemang såsom friidrotts-VM 1995 har både sjukvård och räddningstjänst haft samverkanspersoner i polisens stab. Erfarenheterna av denna samverkan har varit genomgående positiva. Under EU-toppmötet beslutade polisen att samverkanspersoner skulle hänvisas till ett angränsande rum och till den stabsfunktion som hanterade polisens personal och underhåll. Detta medförde att samverkanspersonal från sjukvård och räddningstjänst aldrig var riktigt uppdaterade avseende det aktuella händelseförloppet.

Vid ett tillfälle informerades Regional medicinsk katastrofledning om aktuell hotbild som innebar att kemiska medel skulle kunna komma att användas. Polisen rekommenderade då att inte gå ut med denna information till berörda enheter inom sjukvården. Regional medicinsk katastrofledning förberedde information om hotet skulle bli verklighet. Tyvärr fanns det dock källor inom polisen som gick ut med denna information till akutsjukhusens akutmottagningar, vilket skapade stor osäkerhet på sjukhusen.

Vid ett annat tillfälle öppnade polisens personalgrupp en mottagning för skadade poliser och en läkare kontaktades för att undersöka de skadade. Allt detta skedde utan att sjukvårdens ledningsorganisation informerades vilket skapade en oklarhet vad gällde det totala skadepanoramat. Regional medicinsk katastrofledning hade kunnat förmedla läkare som fanns i beredskap för liknande situationer om man fått förfrågan från polisen.

Sjukvårdens samverkan i skadeområdet

Under de värsta oroligheterna ställdes sjukvården inför stora problem eftersom scenarierna hela tiden förändrades, så även deras geografiska läge. Flera skadeplatser kunde förekomma samtidigt. Det var en ny erfarenhet som medförde svårigheter, framför allt när det gällde samverkan. Fanns det en polisinsatschef eller flera? Hur många ledningsambulanser och ledningsläkare behövdes?

I de olika skadeområdena arbetade ambulanssjukvårdare och ledningsläkare. Kommunikationen med polisen var bristfällig, men ett samverkansbefäl fungerade som spanare (se sid. 25) och kunde rapportera sina iakttagelser till SOS Alarm och räddningstjänstens ledningscentral.

Sjukvården fick ingen information om säkrade områden vilket ledde till att sjukvårdens ledningsbil och ambulanser vid några tillfällen befann sig mitt i händelsernas centrum och blev omringade av aktivister. Några angrepp mot sjukvårdspersonal förekom inte. Någon egentlig sektorindelning gick inte att göra.

En orsak till att ingen sjukvårdsgrupp larmades till skadeområdena var hotbilden som gjorde att säkerheten inte kunde garanteras. En annan komplicerande faktor var att Göteborg stundtals var en delad stad, vilket framgår av bilden nedan. Det var omöjligt att komma från den ena sidan till den andra med utryckningsfordon. Denna uppdelning ledde till en organisation med två brytpunkter, två ledningsplatser etc. och man var tvungen att tillgodose ambulansbehovet i vardera området.

FOTO: PRESSENS BILD



Bild 4. På grund av avspärrningar var Göteborg en delad stad.

SOS Alarm

SOS-personal besökte sjukvårdens Regionala medicinska katastrofledning med jämna mellanrum och informationsutbyte skedde i ”dörrhålet”. Däremot fanns ingen samverkanspersonal från SOS Alarm stationerad i staben. Driftchef och funktionsansvarig för ambulansdirigering förde på eget initiativ en s.k. minuteroperativ plottning över länets ambulansresurser under genomförandefasen. Syftet var att kunna följa läget och vid behov mobilisera förstärkningar från angränsande län samt att få ett underlag för personalplanering.

SOS-centralen förstärktes under oroligheterna med en operatör och man hade en extra radiokanal för sjukvårdens kommunikation.

Sjukvårdens samband fungerade tekniskt väl under insatsen. Ett problem är kontaktvägarna. När ledningsambulansen har larmats kommunicerar den med räddningstjänstens ledningscentral och ledningsläkaren pratar direkt med Regional medicinsk katastrofledning. Det gör att SOS-operatörerna inte alltid har en aktuell lägesinformation.

Polisen

Enligt polisen var det i första hand utrymmesbrist som låg till grund för beslutet att inte välkomna samverkanspersonal från räddningstjänst och sjukvård i stabsrummet och istället hänvisa dem till funktionen för underhållsfrågor. Representanter för räddningstjänst och sjukvård menar att även sekretesskäl låg bakom beslutet.

***Kommentarer:** Samverkan mellan polis, räddningstjänst och sjukvård är viktig inte minst i samband med kravaller eftersom scenarierna då snabbt kan skifta.*

Kommunal räddningstjänst

Räddningstjänstens personal var inte van av att bli stoppad eller utsatt för hot vid en räddningsinsats. Personalens säkerhet är en viktig fråga vid denna typ av insatser.

Den spanare som hade följt med i polisens ledningsfordon kunde tillföra räddningstjänstens ledning värdefull information.

Räddningstjänstens samband fungerade med några undantag tillfredställande men det finns önskemål om ett samordnat radiosystem.

Diskussion

Ledning definieras av Socialstyrelsen som:

”en aktivitet som syftar till att definiera en verksamhets uppgift och tillse att tillgängliga resurser samordnas och utnyttjas på bästa sätt för att denna uppgift ska kunna lösas”.

Strategisk ledning innehåller beslut om omfattning och inriktning av en insats. *Operativ ledning* innebär ledning av en insats inom ramen för tilldelade resurser. Under EU-toppmötet utövades den strategiska ledningen för hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen av Regional medicinsk katastrofledning. Operativ ledning utövades av katastrofledningsgrupper på akutsjukhusen och medicinskt ledningsansvariga i olika skadeområden.

Inom ramen för ett strategiskt ledningsansvar ligger ambulanssjukvården i hela regionen med prioritering och dirigerings av alla sjuktransporter och samverkan med övriga organisationer/myndigheter. Det finns en otydlighet när det gäller ansvaret för strategisk ledning av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen vid särskilda händelser. Organisationen som innefattar stora sjukhusgrupper som Sahlgrenska Universitetssjukhuset, NU-sjukvården, Skaraborgs sjukhus och Södra Älvsborgs sjukhus bidrar till denna otydlighet eftersom det inte är helt klarlagt hur man i katastrofledningssammanhang ska definiera ”akutsjukhus”.

Det strategiska ledningsansvaret för Regional medicinsk katastrofledning blir otydligt vid händelser som endast engagerar enheter inom en sjukhusgrupp. *Vid kommande revideringar av regionala planverk bör därför detta strategiska ledningsperspektiv förtydligas.*

Varje enhet som ingår i Sahlgrenska Universitetssjukhuset leds av en katastrofledningsgrupp. För ledning av hela sjukhuset finns en överordnad katastrofledningsgrupp som benämns Central katastrofkommitté i sjukhusets katastrofplan. Det är denna extra nivå i ledningshierarkin som komplicerar ledningsförhållandena.

Erfarenheter visar att det inför stora evenemang är väsentligt att sjukvården tidigt deltar i planeringen tillsammans med polis, arrangör och övriga berörda myndigheter.

Oberoende av hur ett landsting/en region organisatoriskt löser ledningsstrukturen vid särskild händelse visar erfarenheter från EU-toppmötet och andra särskilda händelser att det är klokt att utarbeta:

- klart definierade roller, t.ex. när det gäller chef, stabschef och medicinskt ledningsansvarig
- tydliga beskrivningar av beslutsmandaten för chef, stabschef och medicinskt ansvarig
- en funktionsindelning av stabens arbete
- en tydlig instruktion för olika funktioner i staben
- ett tillräckligt stort stabsutrymme utrustat med IT-stöd, kommunikationsutrustning och andra ändamålsenliga hjälpmedel.

Referenser

Muntliga källor

Beredskapsenheten, Västra Götalandsregionen

Annika Hedelin	Beredskapschef
Per Örtenwall	Beredskapsöverläkare
Anne-Lii Kivi	Beredskapsplanläggare
Jenny Erkholt	Informatör
Birger Kollberg	Utredningssekreterare
Irène Johansson	Utbildningssekreterare

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Ingemar Wikström	Chefläkare, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Eva Haglind	Chefläkare, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Peder Åvall	Informationschef, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Göran Samuelsson	Informationssekreterare och pressjour, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Räddningstjänsten Storgöteborg

Per Jarring	Stabschef, planerings- och genomförandeskede
Paul Håkansson	Räddningsledare vid insatsen på Avenyn.

Polisen i Västra Götalandsregionen

Aage Johansson	Stabschef, genomförandeskedet
Peter Jigström	Stabschef, planeringsskedet

SOS Alarm

Lilian Svensson	Driftchef
Martin Borghede	Funktionsansvarig ambulansdirigering

Ambulanssjukvården

Mats Kihlgren	Enhetschef, Ambulanssjukvården
---------------	--------------------------------

Bilaga 1

Erfarenheter från EU:s extra rådsmöte i Stockholm mars 2001

Den 23–24 mars 2001 genomfördes ett extra rådsmöte i Stockholm inom ramen för Sveriges ordförandeskap i EU. I mötet deltog stats- och regeringschefer samt delegater från EU:s medlemsländer. Rysslands president Putin deltog under en del av mötet. Rådsmötet följdes av ett stort mediauppbåd. Konferensen genomfördes dessbättre utan någon märkbar ökning av belastningen för akutsjukvården i Stockholms län.

Sjukvården hade planerat för evenemanget sedan hösten 2000, i samverkan med framför allt polis, kommunal räddningstjänst och Utrikesdepartementet. Med utgångspunkt från polisens bedömning av hot- och riskbilden gjordes en analys av tänkbara scenarier som skulle kunna ställa särskilda krav på hälso- och sjukvården. Förutom beredskap för sjukdomsfall eller enstaka skador hos enskilda delegater dimensionerades sjukvårdsinsatsen efter följande hot och risker:

- Risk för konfrontation mellan polis och demonstrerande grupper.
- Försämrade framkomlighet för utryckningsfordon på grund av avspärrningar för eskorter och andra störningar i trafiken.
- Ökad risk för bränder, sabotage och attentat.

Sjukvårdsberedskapen byggde på länets ordinarie katastrofmedicinska beredskap med följande förstärkningar:

- Läkare och sjuksköterskor från Pharmacias företagshälsovård upprättade och bemannade en läkarmottagning i konferenslokalerna på Älvsjömassan för att kunna ta hand om sjukdoms- och olycksfall bland delegaterna. På uppdrag av UD upphandlade Stockholms läns landsting en extra ambulans för läkarmottagningens beredskap.
- En samverkansperson från landstinget befann sig i polisens ledningscentral under stora delar av konferensen för att följa händelseutvecklingen och kunna ta del av polisens bedömningar.
- Fem ambulansbesättningar i beredskap under lördagen den 24 mars.
- En ledningsläkare i beredskap under hela konferensen.
- Under hela konferensen fanns jourhavande tjänsteman, stabsläkare, informatör, PKL-samordnare (psykiatrisk/psykologisk katastrofledning), m fl. i beredskap för att snabbt kunna bemanna Central medicinsk katastrofledning motsvarande s.k. gul stabsberedskap.

Sjukvårdens beredskap i Belgien under EU-möten 2002

Bakgrund

Landet Belgien har cirka 10 miljoner invånare. Landet är språkligt och kulturellt uppdelat i tre områden; flamländska, franska (valloner) och tyska. Administrativt är det uppdelat i sju regioner, vilka var och en styrs av en guvernör.

Ansvar för hälso- och sjukvården är delat. Regeringen beslutar om regelverket runt akutsjukvården medan regionerna har ansvaret för folkhälsoarbetet och tillsynen över akutsjukvården.

Den språkliga uppdelningen kan vara ett problem när hela landets resurser ska samlas. Det finns inga krav på att t.ex. ambulanspersonal ska behärska både franska och flamländska, men i gränstrakterna är de flesta dubbelspråkiga. Det finns heller inga krav på att insatsplaner ska publiceras på båda språken.

Utbildning i katastrofmedicin bedrivs vid Universiteten i Leuven och Bryssel.

Riskanalys

De risker man framförallt såg var stora motorvägsolyckor (1997 en olycka med 10 döda och 150 transporterade till sjukhus). Man hade dessutom många vägtransporter av farligt gods (E17 och E40) på väg till eller från olika kemiska industrier. Många av dessa industrier var gamla och låg centralt inne i stadskärnorna. Landet har också två kärnkraftverk, varav det ena ligger nära bebyggelse.

Akutsjukvårdens organisation

I landet finns 10 s.k. dispatch centers, motsvarigheter till SOS- eller larmcentraler. Man når dessa via flera telefonnummer: 100 eller 112 och kopplas då vidare till alarmering och dirigering av ambulans och räddningstjänst. För polisärenden kopplas samtalet vidare till polisens egen larmcentral, som också kunde nås direkt via 101.

På larmcentralerna användes någon form av index för att fastställa vårdbehovet, och resurser larmades ut efter detta. Larmcentralen bestämde också vilket sjukhus som skulle ta emot patienten. De flesta sjukhus i Belgien är privata.

Ambulanssjukvården drevs av olika operatörer, varav de största var

räddningstjänst (54 procent), sjukhusen (22 procent), Röda Korset (14 procent) samt övriga. Man hade två olika nivåer på insatserna – BLS (Basic life support), där personalen hade 160 timmars utbildning samt ALS (Advanced Life Support) med mer omfattande utbildning. I BLS-ambulanserna fanns halvautomatisk defibrillator. Man hade också 92 ”medical teams” som bemannade vad man kallade IVA-ambulanser. Bemanningen av dessa såg något olika ut i olika delar av landet (franskt/holländskt), men de flesta hade läkarkompetens ombord.

Statistik visade att i 95 procent av ambulanslarmen nåddes patienten inom 13 minuter.

Kommunikation skedde via analogt radiosystem, men i en begränsad del av Belgien hade polisen börjat med ett s.k. TETRA-baserat system. Generellt sett var förtroendet bland befolkningen för polisen lågt (pedofilskandaler m.m.)

Polisen har tillgång till både tårgas och vattenkanoner.

Katastrofplanering

I alla provinser/regioner fanns katastrofplaner på olika nivåer, vilka var gemensamma för alla aktörer. Planerna kunde aktiveras av alla organisationer. Vid nivå 1 och 2 leddes insatsen av borgmästaren i den drabbade kommunen. På nivå 3 gick ledningen över till guvernören över provinsen/regionen. Om insatsen skulle omfatta mer än en provins gick ledningen över till inrikesministeriet. Samverkansavtal fanns med andra länder i området för hjälp över gränserna i samband med katastrofer, men däremot inte för den dagliga sjukvården.

Vad gällde stora kemiska olyckor, liksom olyckor med radioaktiva ämnen, fanns en av regeringen centralt framtagen en plan.

I Bryssel finns också ett koordinationscenter för vård av brännskadade. Där kunde man inventera tillgången på brännskadeplatser samt ordna helikoptertransporter. Detta hade exempelvis utnyttjats vid branden i den holländska byn Volendam.

Varje organisation som aktiverar katastrofplanen informerar de samverkande organisationerna om att detta sker. Ledning på skadeplats utövas av det mest erfarna befälet. Den övergripande ledningen koordineras av borgmästaren eller guvernören från en särskild ledningscentral. Erfarenheten visade att det tog cirka 1–2 timmar att få igång arbetet i en sådan ledningscentral.

Varje sjukhus har sin egen ledningscentral. I förväg hade man fastställt en fördelningsnyckel avseende hur många skadade ur respektive prioriteringskategori (röd, gul, grön) som sjukhuset skulle kunna ta emot under den första timman efter ett olyckstillfälle.

I ledningsfunktionen på skadeplats ingick polis (lokal och nationell),

räddningstjänst samt sjukvård. Dessutom utnyttjades civilförsvaret som hade till uppgift att stödja de andra organisationerna med bl.a. bårar, filter, pumpar, mat etc. Detta gällde även Röda Korset som hade en direkt stödjande funktion till sjukvården.

På tre ställen i landet fanns mobila katastrofsjukvårdsenheter uppställda vid räddningstjänsten. Utrustningen var dimensionerad till att primärt kunna ta hand om 100 patienter.

För närvarande pågår i Belgien en översyn av katastrofplaneringen. Vad gäller den klassiska katastrofen ("Mass emergency management") liksom "Health care crisis" uppgavs planerna snart vara klara. Det som återstod var planering av insatser och prevention inför olika typer av publika evenemang ("Mass gatherings").

Man har dock på vissa ställen (t.ex. i Liège) fasta planer inför fotbollsmatcher. Matcherna graderas i olika risknivåer som i sin tur föranleder specifika åtgärder. Man har också på försök börjat skicka enkäter t.ex. till arrangörer av popkonserter för att kunna bedöma risknivån. Om man inom sjukvården bedömer att det krävs en höjd beredskap kan borgmästaren ställa formella krav på att arrangören ska bekosta detta. Alternativt är att avstå från att bevilja tillstånd för evenemanget.

EU-möten

EU-möten hölls under 2002 vid olika tidpunkter på ett antal olika platser i Belgien. Polisen började sin planering tidigt (direkt efter millennieskiftet). Någon erfarenhet av politiska möten som urartat till upplopp fanns inte i landet. Sjukvården kopplades dock in sent i planeringsarbetet (efter EU-mötet i Göteborg) och hade således en förberedelsestid som i något fall uppgick till mindre än en månad (Liege).

Polisen ansvarade för riskbedömningen. De tre möten som bedömdes ha den högsta risknivån hölls i Gent (oktober), Liege (september) och Bryssel (december). Vid inget av dessa möten utbröt dock några våldsamma demonstrationer.

Som ovan framgått tas insatsplanerna i Belgien fram på kommunal och provinsiell nivå. Någon nationell standard (förutom kem- och radiak) finns inte.

Inför sjukvårdens planering gjorde man på departementsnivå försök att genom litteratursökning få fram sjukvårdserfarenheter från liknande händelser. Man fann inga relevanta uppgifter. Planeringen kom istället att ske utifrån målsättningen att man för 90 procent av de skadade skulle ha Basic Life Support på plats inom fem minuter och Advanced Life Support på plats inom 10 minuter. Vidare skulle personalens säkerhet garanteras och insatsen vara i linje med existerande befintliga kommunala planer.

De risker man identifierade under planläggningen var:

- att sjukvårdspersonalen skulle kunna isoleras genom avspärningar
- att obalans skulle kunna uppstå mellan tillgång och efterfrågan på sjukvårdsresurser
- att det fanns risker i samband med användning av tårgas.

Generellt sett var våld mot sjukvårdspersonal inte något stort problem i Belgien, även om man i vissa områden aldrig skickade in ambulans annat än om polis var med på plats. Ett mer vanligt förekommande problem var stöld av utrustning och läkemedel ur ambulanserna. För att minimera riskerna med att ambulanspersonal utsattes för våld hade man i samband med EU-mötena beslutat att i första hand utnyttja sina gula ambulanser och spara de vitmålade till andra uppdrag. Detta för att undvika att ambulanser förväxlades med polisbilar, som är vita i Belgien.

Sjukvårdsinsatserna planerades på två nivåer:

- sjukvård som skulle finnas i beredskap för deltagande politiker i form av medicinska team och ambulanser på plats ("VIP-sjukvård")
- den beredskapsförstärkning som krävdes för resten av populationen, inklusive demonstranter.

Man arbetade med en tumregel som gick ut på att avsätta en ambulans per 30.000 invånare och ett medicinskt team samt en intensivvårdsambulans per 150.000 invånare.

Under själva mötena hade man beredskap för att kunna kalla ut ledningsläkare till en skadeplats. Detta gjordes för övrigt regelmässigt även vid "vanliga" olyckor när det befarade antalet skadade översteg tio. Ledningsläkarna var alla akutläkare och fanns ständigt i beredskap.

Genomförande

Mötet i Liège var ett finansministermöte som pågick i tre dagar. Möteslokalerna låg på en ö i floden Meuse. Under mötet avspärrades samtliga broar av polis. Ambulanser släpptes ut ur området, men inte in. Den bofasta befolkningen på ön uppgick dock bara till som mest 2000 personer.

För att möta sjukvårdsbehovet ställde man upp en ambulans för befolkningen, en ambulans för delegaterna tillsammans med ett medicinskt team och en lokal koordinator. Bara mindre incidenter hände under mötet.

Mötet i Gent pågick bara en halv dag. Även här spärrade polisen av den del av staden där mötet hölls, men endast cirka 200 personer bodde inom det avspärrade området. Organisationen vad gäller sjukvård var likartad med situationen i Liège.

Utanför det avspärrade området fanns ett fast koordinationscenter, som låg skilt från den vanliga larmcentralen. Sambandet mellan detta koordinationscenter och ordinarie larmcentral skedde via telefon, radio och Internet. Vidare hade man bevakningskameror på strategiska platser. I Liège skickade larmcentralen en operatör för att sitta i koordinationscentrat och där hjälpa till med kommunikation och samordning. Där fanns också en medicinsk koordinator på läkarnivå. Beslutsmandaten mellan dessa tre nivåer var dock något oklara.

I planeringen utgick man från att ordinarie larmcentral skulle kalla in ambulanser från ytterområdena (30 minuters körtid), i den händelse man under EU-mötena skulle få ett större skadeutfall. Detta bedömdes inte påverka den strategiska beredskapen för andra samtidiga händelser eller påverka vardagssjukvården i området.

Kostnaderna för alla sjukvårdens beredskapshöjningar ersattes av den belgiske minister som var ansvarig för mötesinbjudan. Detta var reglerat i belgisk lag. Motiveringen var att eftersom huvuddelen av den belgiska sjukvården är privat måste det finnas täckning för dessa utgifter. Detta ansågs inte vara något problem eftersom det rörde sig om förhållandevis små ersättningsbelopp. Polisen fick däremot ingen extra ersättning, då händelser som dessa ansågs höra till polismyndighetens ordinarie arbetsuppgifter.

Hantering av tårgas skedde på något olika sett i Liège respektive Gent. I Liège hade sjukvården särskilt bitt polisen att avstå från att använda tårgas, då man hade svårt med saneringen. I Gent hade man avtalat med polisen att om tårgas skulle komma att användas så skulle polisen informera SOS-centralen om detta. Centralen i sin tur skulle informera sjukhusen. Bara två sjukhus hade saneringsenheter och kunde ta emot gas-skadade. Dessutom hade man tillgång till två ambulanser som var specialutrustade för att ta hand om kontaminerade personer. Dessa ambulansbesättningar var utrustade med s.k. helkroppsskydd, inklusive andningsskydd med övertryck. Endast dessa ambulanser fick användas till transport av skadade som påverkats av gas.

Sammanfattning

De EU-möten som hölls i Belgien under 2001 kunde genomföras utan några kravaller. Det kan konstateras att det finns skillnader mellan Belgien och Sverige vad avser planering och insatser vid stora olyckor/katastrofer. I Belgien har kommunledningen eller provinsledningen, borgmästare eller guvernör, en betydligt mer framträdande roll avseende ledning/koordinering av insatser än vad som är fallet i Sverige. Man har också en civilförsvarsorganisation som används även i fredstid. Landet är också uppdelat i ett fransktalande respektive flamländsktalande om-

råde, vilket kan förorsaka språkliga problem vid händelser som kräver resurser från hela landet.

För att garantera en bra sjukvårdsledning på skadeplats höll man ständigt ledningsläkare i beredskap. Dessa skickades rutinmässigt ut till skadeplatser när man befarade fler skadade än 10 personer. Vidare hade varje sjukhus i förväg fastlagt hur många skadade av olika svårighetsgrad man kunde hantera under den första timman efter en olycka.

Publika evenemang kan ibland generera en hotbild som motiverar beredskapshöjande åtgärder inom sjukvården vilket medför kostnader. På vissa håll i Belgien har man infört att arrangören för att få tillstånd att arrangera publika evenemang måste förbinda sig att stå för de extra kostnaderna. Enligt belgisk lag betalades de extra kostnaderna som råds-mötet medförde för sjukvården av ansvarig belgisk minister.

Sjukvårdsplaneringen inför dessa möten liksom genomförandet, förutom kravallerna, liknade i mycket vad som skedde när Sverige var värdland för motsvarande möten.

KAMEDO-rapporter

Nr	Titel	Utgivningsår
1	Katastrofmedicinska studier i USA. Beredskap mot naturkatastrofer	1966
2	Studiebesök i USA: American Medical Association's konferens om katastrofsjukvård i Chicago	1966
3	Katastrofmedicinska studier i Turkiet: Jordbävningskatastrof i Varto-området, augusti 1966	1967
4	Erfarenheter från naturkatastrofkongress i Skopje 25–30 oktober 1966	1967
5	Katastrofmedicinsk dokumentation: "Människor i katastrof". Genomgång av psykologisk och psykiatrisk litteratur av katastrofmedicinskt intresse	1968
6	(ej utgiven)	
7	Katastrofmedicinska studier i Israel: Studier av krigs-sjukvården	1967
8	Katastrofmedicinska studier i Turkiet: Jordbävning i Debar 1967-11-30–12-02	1968
9	Katastrofmedicinska studier i Italien: Jordbävningskatastrofen på Sicilien, januari 1968	1968
10	(ej utgiven)	
11	Katastrofmedicinsk organisation i Öst-Pakistan: Rapport från studieresa maj 1968	1969
12	Katastrofmedicinska studier i Indonesien: Vulkanen Merapis utbrott januari 1969	1969
13	Symposium om katastrofmedicin (utgiven som special-nummer av tidskriften Försvarsmakten)	1969
14	Katastrofmedicinska studier i Göteborg: Stormen "Ada" 1969-09-21–22	1970
15	Katastrofmedicinska studier i Jugoslavien: Jordbävningen i Banja Luka 1969-10-26–27	1970
16	Katastrofmedicinska studier i Västtyskland: Smittkopps-epidemien i Meschede, Westfalen 1970	1970
17	Katastrofmedicinska studier i Turkiet: Jordbävningen i Kütahya-området mars 1970	1971
18	Katastrofmedicinska studier i Peru: Jordbävningskatastrofen 1970-05-31	1971

19	Katastrofmedicinska studier i Jugoslavien: Tågbrand i Wrandukttunneln 1971-02-14	1971
20	Katastrofmedicinska studier i Jordanien: Redogörelse för arbetet vid Svenska Röda Korsets operationslag oktober 1970	1971
21	Studier i USA, september–oktober 1970: Utvecklingstendenser inom medicinsk utbildning och katastrofberedskap	1971
22	Katastrofmedicinska studier i Västtyskland: Järnvägs-katastrof i Rheinweiler 1971-07-21	1972
23	Katastrofmedicinska studier i Glasgow: Gasexplosion i Clarkston 1971-10-21	1972
24	Katastrofmedicinska studier i Frankrike: Gasexplosion i Argenteuil 1971-12-21	1972
25	Katastrofmedicinska studier i Danmark: Fenolkatastrofen i Simmersted och Syd-Jylland den 20–23 januari 1972	1972
26	Katastrofmedicinska studier i Japan: Järnvägs-katastrofen mellan Nagoya och Osaka den 25 oktober 1971	1973
27	Amerikansk krigskirurgi i Sydostasien: Erfarenheter i samband med katastrofmedicinska studier 1972	1973
28	Katastrofmedicinska studier i Glasgow: Katastrof i Ibrox park fotbollsstadion den 2 januari 1971	1973
29	Katastrofmedicinska studier på Rhodos: Restaurangbranden 1972-09-23 Flygevakueringsoperationen	1973
30	Katastrofmedicinska studier i England: Seriekollisioner på motorväg M6 väster om Manchester 1971-09-31	1974
31	Katastrofmedicinska studier i Israel oktober 1973	1974
32	Katastrofmedicinska studier i Italien: Koleraepidemin i Syd-Italien 1973	1975
33	Katastrofövning på Sturup	1976
34	Katastrofmedicinska studier i Nord-Italien: Luftutsläppet av organiska klorföreningar i Seveso, Milano-provinsen 1976-07-10	1977
35	Totalhaveriet av tankfartyget "Monte Urquio" vid La Coruna Spanien, maj 1976	1977
36	Katastrofmedicinska studier på Teneriffa: Flygplansolyckan på Los Rodeosflygplatsen den 27 mars 1977	1977
37	Katastrofmedicinska studier i Tuve: Skredet den 30 november 1977	1978
38	Katastrofmedicinska studier: Psykiska reaktioner vid katastrofer	1979

39	Katastrofmedicinska studier i Borås: Hotellbranden 10 juni 1978	1979
40	Katastrofmedicinska studier i Spanien: Gasolyckan i Los Alfaques 11 juli 1978	1979
41	Katastrofmedicinska studier i Östersund: Järnvägsolyckan vid Lugnvik 10 augusti 1978	1979
42	Katastrofmedicinska studier i Mississauga, Kanada: Järnvägsolycka 10 november 1979 med åtföljande brand, klorutsläpp och behov av evakuering	1980
43	Katastrofmedicinska studier: Barn under krigs- och katastrofförhållanden. Deras upplevelser, beteenden och psykiska svårigheter	1981
44	Katastrofmedicinska studier i Nordsjön: Förlisningen av bostadsplattformen Alexander L. Kielland den 27 mars 1980	1981
45	Katastrofmedicinska studier i samband med två svenska järnvägsolyckor 1980: Tågkollisionen i Storsund 1980-06-02. Tågurspårningen i Upplands Väsby 1980-08-24	1981
46	Katastrofmedicinska studier i Bologna: Sprängattentatet på centralstationen den 2 augusti 1980	1981
47	Katastrofmedicinska studier i Nevada: Branden på MGM Grand Hotel i Las Vegas den 21 november 1980	1982
48	Katastrofmedicinska studier: Brännskadebehandling	1982
49	Katastrofmedicinska studier i Libanon: Beirut 82	1983
50	Katastrofmedicin – Kemiska olyckor	1984
51	Katastrofmedicinska studier i Mexico: Explosions- och brandkatastrofen i San Juanico Ixhuatepec den 19 november 1984	1986
52	Katastrofmedicin – Kärnvapenkrig	1986
53	Katastrofmedicinska studier i Indien: Giftgasolyckan i Bhopal, december 1984	1987
54	Katastrofmedicinska studier i Hessen, Västtyskland: Tankbilsolyckan i Herborn 7 juli 1987	1988
55	SoS-rapport 1989:17 Färjeolyckan vid Zeebrügge den 6 mars 1987	1989
56	SoS-rapport 1990:30 Branden i tunnelbanestationen King's Cross den 18 november 1987	1990
57	SoS-rapport 1990:31 Olyckan vid flyguppvisningen vid Ramsteinbasen den 28 augusti 1988	1990
58	SoS-rapport 1991:14 Flygplansbranden i Manchester den 22 augusti 1985	1991

59	SoS-rapport 1992:4 Kärnkraftsolyckan i Tjernobyli den 26 april 1986	1992
60	SoS-rapport 1993:3 Branden på passagerarfärjan Scandinavian Star den 7 april 1990	1993
61	SoS-rapport 1993:19 Branden på Huddinge sjukhus den 9 november 1991	1993
62	SoS-rapport 1994:2 Spårvagnsolyckan i Göteborg den 12 mars 1992	1994
63	SoS-rapport 1994:15 Flyghaveriet vid Gottröra den 27 december 1991	1994
64	SoS-rapport 1994:16 Jumbojetkatastrofen i Amsterdam den 4 oktober 1992	1994
65	SoS-rapport 1996:11 Rökgranatolyckan i Uppsala den 25 augusti 1993 och Klorgasolyckan vid Vanadisbadet i Stockholm den 2 augusti 1993	1996
66	SoS-rapport 1996:12 Jordbävningen i Kobe, Japan tisdagen den 17 januari 1995	1996
67	SoS-rapport 1996:20 Explosionen vid World Trade Center i New York den 26 februari 1993	1996
68	SoS-rapport 1997:15 Estoniakatastrofen M/S Estonias förlisning i Östersjön den 28 september 1994	1997
69	SoS-rapport 1997:20 Ebolaepidemin i Zaire 1995	1997
70	SoS-rapport 1998:14 Den tyska katastrofberedskapen belyst genom tre stora olyckor under 1996–97	1998
71	SoS-rapport 1998:20 Terroristattacken med sarin i Tokyo den 20 mars 1995	1998
72	SoS-rapport 1998:21 Bombattentaten i Jerusalem, Ashkelon och Tel-Aviv, våren 1996	1998
73	SoS-rapport 1999:4 Katastrofmedicinska studier under 35 år	1999
74	SoS-rapport 2000:9 Isstormen i östra Kanada januari 1998	2000
75	Brandkatastrofen i Göteborg natten 29–30 oktober 1998	2001
76	Översvämningar i Polen 1997 och i Sverige 2000	2001
77	MS Sleipners förlisning 26 november 1999	2003
78	Den kärntekniska olyckan i Japan 1999	2003
79	Tågolyckan i Tyskland 1998	2004
80	Tågolyckan i Storbritannien 1999	2004
81	Flygolyckan i Taiwan 2000	2004
82	Explosionen i fyrverkerilagret i Nederländerna 2000	2004
83	EU-toppmötet i Göteborg 2001	2004