



Utvärdering av MSB:s stöd till att hantera ebolautbrottet i Liberia

Johan Tejpar och Kristina Zetterlund

FOI-R--4096--SE

JULI 2015



Johan Tejpar och Kristina Zetterlund

Utvärdering av MSB:s stöd till att hantera ebolautbrottet i Liberia

Bild/Cover: (Johan Lundahl, MSB. Bilden är beskuren.)

Titel	Utvärdering av MSB:s stöd till att hantera ebolautbrottet i Liberia
Title	An evaluation of MSB:s support to the Ebola crisis in Liberia
Rapportnr/Report no	FOI-R--4096--SE
Månad/Month	July
Utgivningsår/Year	2015
Antal sidor/Pages	93
ISSN	1650-1942
Kund/Customer	Myndigheten för samhällsskydd och beredskap/ Swedish Civil Contingencies Agency
Forskningsområde	5. Krisberedskap och samhällssäkerhet
FoT-område	Välj ett objekt.
Projektnr/Project no	E13472
Godkänd av/Approved by	Maria Lignell Jakobsson
Ansvarig avdelning	Försvarsanalys

Detta verk är skyddat enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk. All form av kopiering, översättning eller bearbetning utan medgivande är förbjuden.

This work is protected under the Act on Copyright in Literary and Artistic Works (SFS 1960:729). Any form of reproduction, translation or modification without permission is prohibited.

Sammandrag

Denna utvärdering undersöker de insatser Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) genomförde till stöd för att hantera ebolautbrottet i Liberia 2014-2015 – myndighetens hittills största internationella snabbinsats. Syftet är att bedöma vilka resultat MSB uppnådde, vilka faktorer som bidrog till dessa resultat och om insatsen möjliggjorde en framtida permanent internationell sjukvårdsförmåga (*Foreign Medical Team, FMT*) hos MSB.

Den 16 oktober 2014 beslutade Sveriges regering att tilldela MSB 100 miljoner kronor, vilka var öronmärkta för ebolarelaterade insatser i Västafrika. MSB beslutade, på förfrågan från Världshälsoorganisationen (*World Health Organization, WHO*), att bidra med ett FMT som skulle driva en så kallad ebolavårdenhet (*Ebola Treatment Unit, ETU*) i Monrovia, Liberia.

Insatskontexten var snabbföränderlig och MSB:s uppdrag skiftade ett antal gånger. MSB beslutade, i enlighet med den förändrade behovsbilden, att inte öppna den ETU som de hade tilldelats. Istället gav sjukvårdsteamet stöd till en annan ETU, gav råd till det liberianska hälsovårdsministeriet samt bistod den sydöstliga provinsen Sinoe County med att hantera ett ebolautbrott och förstärka ett antal hälsokliniker.

MSB visade prov på snabbhet och flexibilitet under insatsen och bidrog med kunnig personal som på ett professionellt och konstruktivt sätt samarbetade med liberianska partners. God myndighetssamverkan karakteriserade också insatsen. Att sätta samman en sådan stor insats som till ungefär hälften bestod av sjukvårdspersonal var dock nytt för MSB, och utveckling av en ny förmåga under en pågående kris ställde stora krav på myndigheten. Insatsens storlek och komplexitet ställde stora och delvis nya krav på ledning, personalhantering, kommunikation och samordning. Rapporten diskuterar erfarenheter inom dessa områden och resonerar kring en eventuell FMT-förmåga hos MSB.

Nyckelord: MSB, FMT, ebola, utvärdering, Liberia, ETU, WHO

Summary

This evaluation looks at the Ebola emergency response of the Swedish Civil Contingencies Agency (MSB) in Liberia 2014-2015 – the biggest international operation of MSB to date. The objective of the report is to assess the results of the operation, influencing factors, and whether the operation facilitated a future creation of a permanent Foreign Medical Team (FMT) of MSB.

On 16 October 2014, Sweden's Government decided to earmark 100 million Swedish crowns for MSB to launch Ebola-related operations in West Africa. MSB decided, after a request from the World Health Organization (WHO), to contribute with an FMT which was to operate a so-called Ebola Treatment Unit (ETU) in Monrovia, Liberia.

The operational context changed rapidly and the assignment of MSB shifted numerous times. MSB decided, in line with changing demands, not to open the ETU which it had been assigned. Instead, the medical team ended up supporting another ETU, advising Liberia's Ministry of Health and providing assistance to Sinoe County in south-eastern Liberia with handling an Ebola outbreak and strengthening health clinics.

MSB proved quick and flexible and contributed with knowledgeable personnel who professionally and constructively worked with Liberian partners. Smooth cooperation between Swedish government agencies also characterised efforts. However, setting up such a sizable operation, where medical personnel made up half of the staff, was new to MSB, and doing so during an ongoing crisis was challenging. The size and complexity of the operation resulted in large and partly new requirements in areas such as leadership, human resource management, communication and coordination. This report analyses related experiences and discusses a possible development of an FMT capacity of MSB.

Keywords: MSB, FMT, Ebola, evaluation, Liberia, ETU, WHO

Innehållsförteckning

Förord	7
Förkortningar och akronymer	8
Sammanfattning	9
Huvudsakliga slutsatser.....	9
Huvudsakliga rekommendationer	11
1 Inledning	14
1.1 Mål och syfte	15
1.2 Disposition.....	16
2 Utvärderingsdesign	17
2.1 Avgränsningar och begränsningar	18
2.2 Utvärderingskriterierna.....	18
2.3 Nyttobaserad utvärdering.....	19
2.4 Etiska aspekter.....	20
2.5 Utveckling av intervjufrågor.....	21
2.6 Metod för mål- och resultatanalys.....	22
3 Ebolautbrottet och den internationella responsen	24
4 MSB:s verksamhet, mål och resultat	30
4.1 Fas 1: Vägen till och förberedelser av MSB:s insats i Liberia.....	31
4.1.1 Måluppfyllnad, resultat och relevans.....	34
4.2 Fas 2: Förtrupp skickas ned för drivandet av en ETU.....	35
4.2.1 Måluppfyllnad, resultat och relevans.....	37
4.3 Fas 3 – Ändrad insatsinriktning.....	37
4.3.1 MSB:s stöd i Monrovia	38
4.3.2 Måluppfyllnad, resultat och relevans.....	41
4.4 Fas 4 – MSB:s stöd utvidgas till landsbygden.....	44

4.4.1	Insatsens utveckling.....	45
4.4.2	Måluppfyllnad, resultat och relevans.....	48
4.5	Fas 5 – Avveckling av FMT och övergång till katastrofriskreducerande arbete	50
4.5.1	Insatsens utveckling.....	51
4.5.2	Måluppfyllnad, resultat och relevans.....	52
4.6	Jämställdhets- och miljöintegrering.....	54
4.6.1	Måluppfyllnad, resultat och relevans.....	55
5	Analys av nyckelområden	59
5.1	Beslutsfattande under osäkerhet	59
5.2	Ledning, kommunikation och samordning	62
5.3	Personalfrågor.....	67
5.4	Kostnadseffektivitet och bärkraft.....	72
6	Slutsatser och rekommendationer	75
6.1	Vilken skillnad gjorde MSB:s insats i Liberia?	76
6.2	Rekommendationer.....	80
6.2.1	Ledning, kommunikation och samordning	80
6.2.2	Personalfrågor.....	82
6.2.3	Jämställdhets- och miljöintegrering.....	83
6.3	Hur nära är MSB att ha en förmåga som kan bidra med medicinskt team?	83
6.3.1	Rekommendationer avseende en eventuell FMT-förmåga.....	85
	Bilaga 1: Referenslista	86
	Lista över respondenter för denna studie.....	87
	Bilaga 2: WHO:s FMT-Specifikation	90

Förord

Denna utvärdering påbörjades i början av 2015, när ebolaepidemin i Liberia i princip var under kontroll. Ebolakrisen har orsakat många människors död och mycket lidande och den är i skrivande stund inte över. MSB har därför bidragit med ytterligare stöd till Sierra Leone, som del av det internationella samfundets fortsatta strävan att bistå de drabbade länderna i att motverka epidemin.

Ebolakrisen har varit (och fortsätter att vara) osedvanligt komplex och snabbföränderlig. Det råder i stort sett konsensus bland medicinska- och krishanteringsexperter att det som fick smittspridningen att vända i Liberia var att befolkningen förändrade sitt beteende, både genom ett mer aktivt bidrag till myndigheters och andra organisationers arbete i smittspårning samt genom att förändra de traditionella ritualer som bidrog till den snabba smittspridningen. Det är troligt att den stora internationella närvaron och förbättrade isolerings- och vårdmöjligheter bidrog till denna förändring. En stor eloge bör gå ut till all den liberianska och internationella personal som under svåra omständigheter bidrog till denna utveckling.

Värt att nämna är att ebolakrisen har haft svåra sekundära effekter på sjukvården i Västafrika. Uppskattningsvis har många fler mist livet som en följd av att den reguljära sjukvården blev mer eller mindre utslagen. Fortsatta insatser för att återuppbygga denna kapacitet kommer att behövas.

Utvärderingen hade inte varit möjlig att genomföra utan MSB:s stöd och alla intervjuades deltagande. Vi vill därför passa på att tacka MSB:s personal som har underlättat utvärderingen, alla som har kunnat medverka i intervjuer och dem som har granskat rapporten och bidragit med värdefulla synpunkter. Vi hoppas att utvärderingens rekommendationer bidrar till att göra MSB till en ännu mer efterfrågad, relevant och professionell aktör i framtida kriser.

Förkortningar och akronymer

AEA	American Evaluation Association
AU	Afrikanska unionen
CHC	Community Health Centre
DPKO	Department for Peacekeeping Operations
DRR	Disaster Risk Reduction – katastrofriskreducering
ETU	Ebola Treatment Unit – ebolavårdenhet
FMT	Foreign Medical Team – internationellt sjukvårdsteam
FOI	Totalförsvarets forskningsinstitut
GHC	Global Health Cluster
IHP	International Humanitarian Partnership
IMS	Incident Management System
KI	Karolinska institutet
MoD	Ministry of Defence
MoH	Ministry of Health and Social Welfare
MoU	Memorandum of Understanding
MSB	Myndigheten för samhällskydd och beredskap
MSF	Médecins Sans Frontières – Läkare utan gränser
OCHA	Office for the Coordination of Humanitarian Affairs
OECD-DAC	Organisation for Economic Cooperation and Development – Development Assistance Committee
SKL	Sveriges kommuner och landsting
SOP	Standard Operating Procedures
UNMEER	UN Mission for Ebola Emergency Response
USAID	U.S. Agency for International Development
WHO	World Health Organization

Sammanfattning

Totalförsvarets forskningsinstitut (FOI) påbörjade i februari 2015, på uppdrag av Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB), denna utvärdering av MSB:s stöd för att bekämpa ebolautbrottet i Liberia under perioden oktober 2014-mars 2015.

Huvudsakliga slutsatser

Utvärderingen kan konstatera att MSB:s sjukvårdsinsats i Liberia utformades under betydande tidspress och i en miljö präglad av många utmaningar, såsom bristande internationell koordinering och osäkerhet kring hur ebolaepidemin skulle utvecklas, samt av det faktum att det för MSB var en ny typ av insats, med en ny förmåga. Viktiga bakgrundsfaktorer inkluderar bl.a. att:

- Insatsen var myndighetens största internationella snabbinsats hittills och den genomfördes i en mycket komplex kontext som präglades av snabbt förändrade behov. Omsvängningar i behov, tillsammans med otydlig koordinering från UNMEER och WHO, skapade osäker beslutsgrund för MSB.
- Samarbete skedde med nya partners vilket försvårade arbetet och krävde mer resurser än vad som var brukligt inom vissa områden, t.ex. för att få till stånd internationella avtal.
- MSB tog på sig att leda en sjukvårdsinsats, ett område som tidigare hade nedprioriterats på myndigheten och för vilket det fanns begränsad kunskap och tillgång till relevanta resurser i personalpoolen.
- Insatsen var krävande för insatsledningen på MSB i Sverige och framför allt för personalen i fält.

Trots detta uppnådde MSB viktiga resultat. Det internationella samfundets (och därmed insatsens) övergripande mål var att stoppa ebolautbrottet, rädda liv och minska lidande. Utvärderingen kan konstatera att relevansen i detta avseende varit hög. Några av de viktigaste aspekterna av detta är att:

- MSB visade prov på snabbhet och kunde tidigt efter att ha fått uppdraget vara på plats i Liberia.
- MSB uppvisade både flexibilitet och mod när man valde att inte driva en ebolavårdenhet i Monrovia utan omriktade stödet till där det fanns tydligare behov.
- MSB kunde på kort tid rekrytera kunnig personal som på ett professionellt och konstruktivt sätt arbetade med liberianska och andra partners.

- Genom hela insatsen överförde MSB kunskap till sina partners, även om detta inte var ett uttalat mål. Att MSB frågade vilka behov de liberianska motparterna hade, snarare än att berätta för dem vad de skulle göra, ansågs vara mycket bra.

På utvärderingsfrågan om vilken skillnad MSB:s insats i Liberia gjorde dras följande huvudsakliga slutsatser:

- MSB:s närvaro i Liberia bidrog med beredskap att hantera eventuella svängningar i ebolaepidemin – viktigt för att stärka befolkningens förtroende för ebolavårdkapaciteten i landet och för att svara på utbrott, så som skedde i Greenville.
- Ett av MSB:s mest betydelsefulla bidrag till att stoppa spridningen av ebola var insatsen när ebolautbrottet i Sinoe County bröt ut i december 2014.
- MSB bidrog till att en ebolavårdenhet i Monrovia drevs mer effektivt och säkert samt med lägre dödlighet. Stödet bedöms ha haft avgörande betydelse för att ingen i personalen blev smittad av ebola.
- MSB underlättade för ett FMT från Kuba och Afrikanska unionen att verka genom att säkerställa intern sjukvård samt bidra till boende, kommunikation och transportlösningar.
- MSB bidrog till att effektivisera den ebolautbildning som leddes av WHO.
- MSB bidrog till att utveckla nya rutiner för triage samt implementerade dessa i Sinoe County
- MSB bidrog med kapacitetshöjande stöd till sjukvårdsinrättningar i Sinoe County. Detta stöd möjliggjorde triagering och isolering samt försåg inrättningarna med rinnande vatten, belysning, förbättrade kommunikationsmöjligheter. MSB upprustade även provinsens sjukhuslaboratorium.

Avseende MSB:s framtida roll i samband med ett svenskt FMT har mycket kunskap byggts genom sjukvårdsinsatsen i Liberia. Utvärderingens huvudsakliga slutsatser på detta område är:

- Medan MSB har omfattande erfarenhet av att skicka ut personal till internationella insatser har andra myndigheter mer sjukvårdskompetens och större vana att arbeta med sjukvårdspersonal. En framtida FMT-förmåga skulle t.ex. kunna byggas gemensamt med sådana myndigheter.
- Personalen som deltog i insatserna i Liberia bedöms vara värdefull för en eventuell vidareutveckling av ett svenskt FMT. Vidareutbildning av denna personal bör i så fall fokusera på ökad kännedom om MSB som

myndighet och vilka krav som föreligger för att arbeta för en myndighet i fält.

- En lärdom rör det arbete som gjordes för att få till stånd ett avtal först med WHO och sedan bilateralt med Liberia. Det behöver klargöras mellan i första hand MSB/Sverige och WHO vad som ska gälla i framtida insatser.
- Det är av största vikt att medicinsk evakuering av personal säkras i ett tidigt skede.
- En fråga som kan försvåra för MSB att bedriva större sjukvårdsinsatser är att myndigheten i praktiken inte kan anställa lokal personal.
- En slutlig lärdom handlar om behovet att förtydliga roller och ansvar bland personal i ett FMT och att arbeta aktivt med att förstärka insatspersonalens team-känsla.

Huvudsakliga rekommendationer

Utifrån de resultat som har presenterats ovan har utvärderingen formulerat rekommendationer inom områdena: ledning, kommunikation och samordning, personalfrågor, jämställdhets- och miljöintegrering samt en framtida svensk FMT-förmåga. De huvudsakliga rekommendationerna för personalfrågor, ledning, kommunikation och samordning är:

- Det är av vikt att MSB i ett tidigt skede klargör syftet med en insats, och speciellt en som involverar ny förmåga. Detta arbete är nära kopplat till att identifiera tydliga mål och därmed insatsens avveckling samt indikatorer på att verksamheten går i avsedd riktning.
- MSB bör fortsätta att arbeta med utgångspunkt i lokalt ägarskap och kunskapsöverföring till lokala parter för att främja hållbarhet, t.ex. genom utbildningsinitiativ eller tillförandet av rådgivare och mentorer.
- Det är utvärderingens bedömning att insatser i för MSB nya verksamhetsområden under pågående kris med korta tidsförhållanden inte är att rekommendera.
- Erfarenheterna från ebolakrisen och insatsen i Liberia visar att det kan finnas stora skillnader mellan vad ansvarig (FN)-organisation efterfrågar och faktiska behov. MSB bör därför i möjligaste mån prioritera rekognosering på plats och med relevant expertis, speciellt för insatser av liknande storlek som den i Liberia och inom områden där MSB har begränsad erfarenhet.

- Rutiner för kommunikation och beslutsvägar mellan insatsens huvudkontor och eventuella underkontor behöver tydliggöras, framförallt gällande var beslut ska fattas.
- Många av de myndigheter som arbetade med MSB vittnar om att samarbetet fungerade bra. Det kan dock noteras att det finns ett bristande samförstånd kring vad samverkan innebär i praktiken. Det skulle stödja myndighetssamverkan om det fanns utarbetade riktlinjer, i ett insatsperspektiv, för hur detta bäst bör ske och hur beslut ska dokumenteras.
- MSB bör se över ansvar mellan projektledarna och insatschefen. Insatschefen bedöms behöva ha större befogenheter att styra över personalfrågor.
- MSB behöver säkerställa att central personal anställs, såsom en biträdande insatschef i denna insats. Eventuellt bör MSB skapa tydliga riktlinjer för vilka positioner som måste finnas på plats för insatser.
- Det bör finnas genomarbetade rutiner för kommunikation med insatspersonal. Information som förmedlas till personal kan t.ex. också signalera en rådande osäkerhet gällande uppdraget vilken kräver flexibilitet och anpassning i fält. Förberedande utbildning är av yttersta vikt, speciellt för personal som inte tidigare har varit ute på insats.
- För att effektivisera extern koordinering är det lämpligt att vissa positioner har längre rotationer och tydligt ansvar för att representera MSB i olika fora.
- MSB bör vidareutveckla rutiner för vad som gäller och vem som har ansvar för att agera om det uppstår företeelser som strider mot MSB:s uppförandekod. En tydligare intern struktur och rollfördelning bedöms kunna öka förutsättningarna för att arbeta med denna typ av frågor.

De huvudsakliga rekommendationerna för jämställdhets- och miljöintegrering är:

- Insatschefen är ytterst ansvarig för att jämställdhetsaspekter blir en viktig grundbult i insatsen, och ska alltid handla föredömligt. I detta sammanhang innebär det att chefen deltar när beslut fattas rörande jämställdhet, sätter upp tydliga mål och driver dem i praktiken, samt gör regelbundna uppföljningar.
- MSB är i framkant vad gäller miljöarbete. För att ta vara på denna komparativa fördel och bidra i största möjliga mån, är det att rekommendera att MSB ser över möjligheterna att tydligare prioritera att rekrytera och sända ut miljöexperter.

- För att lyckas med både jämställdhets- och miljöintegrering är det viktigt att tydliga mål och relaterade aktiviteter specificeras i ett tidigt skede.

De huvudsakliga rekommendationerna beträffande frågan om Sverige ska ha en FMT-förmåga är:

- Detta bör undersökas i termer av var Sverige kan ha komparativa fördelar gentemot andra länder.
- MSB bör vara öppna för vilken roll andra myndigheter skulle kunna ha i en permanent FMT-förmåga och t.ex. överväga vilken roll KI, Folkhälsomyndigheten (vid infektionsepidemier) och andra relevanta myndigheter och organisationer skulle kunna ha inom ramen för ett framtida FMT.
- En viktig egenskap för ett eventuellt framtida FMT är att det är självförsörjande, också avseende medicinsk evakuering.
- Om MSB ska utveckla ett framtida FMT bör man arbeta med den sjukvårdspersonal som efter ebolainsatsen nu finns i poolen samt kanske utöka denna för att höja flexibiliteten.

Även om utvärderingen har identifierat en rad utvecklingsområden är den sammantagna bedömning att det, givet den situation som rådde i oktober 2014, var ett rimligt beslut att utforma ett svenskt FMT för att driva en ebolavårdenhet i Monrovia. MSB var under hela insatsen en mycket flexibel partner som konstant eftersträvade att ge ett relevant stöd utifrån de faktiska behoven i Liberia, samt en partner som genomgående fokuserade på att ge stöd och överföra kunskap till lokala partners.

1 Inledning

Utbrottet av ebola i västra Afrika har sedan starten i sydöstra Guinea vid årsskiftet 2013-2014 haft svår humanitär, ekonomisk, politisk och säkerhetsmässig inverkan på den drabbade regionen och dess befolkning. Under andra halvan av 2014 stod det klart att de internationella insatserna för att bekämpa ebolautbrottet i framförallt Guinea, Liberia och Sierra Leone inte var tillräckliga. Den 16 oktober beslutade Sveriges regering att utöka det svenska stödet med 100 miljoner kronor,¹ vilka tilldelades Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) för att planera för och genomföra hälso- och sjukvårds- samt logistikinsatser i kampen mot ebolautbrottet i Västafrika.² MSB skulle vid genomförande av uppdraget följa vanliga procedurer för finansiering genom Sida samt i tillämpliga delar samarbeta med Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen. Socialstyrelsen hade den 9 oktober fått ett parallellt uppdrag att säkra medicinsk evakuering av ebolasmittade från Västafrika, ett uppdrag i vilket de skulle samverka med bl.a. MSB.³ För medicinsk evakuering av insatspersonal till Sverige valdes en lösning där bilburen ambulans med smittade eller skadade skulle köras ombord och flygtransporteras med C-130 (Herkules).

Efter att ha övervägt olika alternativ av stöd beslutade MSB att möta den förfrågan som inkommit den 17 oktober 2014 från Världshälsoorganisationen (WHO) om att bidra med ett utländskt sjukvårdsteam (eng. *Foreign Medical Team*, FMT)⁴ för att driva en så kallad ebolavårdenhet (eng. *Ebola Treatment Unit*, ETU) i Liberias huvudstad Monrovia. Trots att detta inte var en befintlig förmåga hos MSB ansågs det möjligt att sända ut den första personalen redan i november samma år (vilket också blev fallet). Väl på plats förändrades situationen i snabb takt vilket föranledde att MSB regelbundet behövde anpassa insatsen för att maximera relevans och nytta med sitt stöd. Bland annat omfördelades delar av MSB:s stöd till Greenville i den sydöstra provinsen Sinoe County i Liberia.

Med som mest drygt 50 anställda var detta en ovanligt stor insats för MSB och den breda sammansättningen av yrkesgrupper inom en och samma insats var ny. Utöver regeringsuppdraget på 100 miljoner kronor gav MSB även stöd genom enskilda sekonderingar samt ett större boende- och kontorsprojekt inom ramen för det så kallade *International Humanitarian Partnership* (IHP) där MSB:s deltagande hade en maximal budget på 25 miljoner kronor. Totalt utgjorde detta

¹ När denna utvärdering skrevs pågick fortfarande insatsen, men det stod klart att alla medel inte skulle förbrukas.

² Regeringen (2014), Pressmeddelande från Utrikesdepartementet och Socialdepartementet, *Sverige bidrar med sjukvårdsinsatser i arbetet mot Ebola i Västafrika*, 2014-10-16, hämtat den 9 februari 2015: <http://www.regeringen.se/sb/d/18915/a/248195>

³ Socialdepartementet (2014), *Uppdrag att förbereda och samordna resurser samt andra insatser med anledning av ebolautbrott i Västafrika*, S2014/7147/FS

⁴ Mer information om FMT och WHO:s förfrågan till MSB hittas i bilaga 2.

det största enskilda stöd inom humanitär krishantering som någonsin har förvaltats av MSB. Sammantaget har Sverige mellan april 2014 och april 2015 bidragit med 536,5 miljoner kronor till arbetet mot ebola, och därmed varit en av världens största bidragsgivare av humanitärt stöd för att bekämpa ebolakrisen.⁵ Av dessa medel tillföll 128,7 miljoner kronor stödet till Liberia.

1.1 Mål och syfte

MSB har gett i uppdrag till Totalförsvarets forskningsinstitut (FOI) att utvärdera den del av MSB:s stöd att bekämpa ebolautbrottet i Liberia som kan knytas till regeringsuppdraget från den 16 oktober 2014. Syftet med denna utvärdering är trefaldigt där varje delsyfte formaliseras i en utvärderingsfråga (anges i kursiv):

1. Utvärdera vilket sammantaget resultat MSB:s FMT-insats har genererat, med fokus på stöd till WHO och Liberias hälso- och sjukvårdsministerium (Ministry of Health and Social Welfare, MoH).
 - *Vilken skillnad har MSB:s FMT-insats gjort för MoH och WHO i Liberia för att bekämpa ebolautbrottet?*
2. Ge information om vilka förutsättningar en process bör grundas på för att kunna ta fram och sända ut en ej fördefinierad förmåga under en pågående och dynamisk kris.
 - *Hur effektivt har framtagandet av en ny förmåga under pågående kris fungerat?*
 - *Vilka framgångsfaktorer och fallgropar kan identifieras?*
3. Utvärdera vilka förutsättningar det finns för att skapa ett svenskt FMT och utarbeta rekommendationer avseende kvarvarande behov (metoder, personal, utbildning, material, träning) för att ha denna förmåga.
 - *Givet insatsen i Liberia, hur nära är MSB att ha en förmåga att bidra med ett medicinskt team vid ett liknande utbrott?*

Även utvärderingens mål kan brytas ner i enlighet med de tre delfrågorna. Således är målet med utvärderingen att ge i första hand MSB, och i andra hand andra intressenter, kunskap om resultaten och relevansen av MSB:s stöd till WHO och MoH i Liberia för att bekämpa ebolakrisen. Målet med utvärderingen är vidare att öka kunskapen om hur MSB i en framtida kris effektivare skall kunna respondera när den efterfrågade förmågan inte finns eller endast är delvis fördefinierad. Det

⁵ Regeringskansliet, Utrikesdepartementet. *Sveriges stöd till responsen mot ebolautbrottet i Västafrika – En sammanställning från Utrikesdepartementet*. Utkast 5 maj 2015

tredje målet med utvärderingen är att ge beslutsunderlag för en eventuell framtida formalisering av en svensk FMT-förmåga. Slutligen syftar denna utvärdering också till att dokumentera beslutsprocesser och aktiviteter med tillhörande resultat för att säkra transparens och utgöra en framtida referens för händelseförloppet.

1.2 Disposition

Kapitel 2 redogör för metodval och beskriver utvärderingens design närmare. I kapitel 3 beskrivs bakgrunden och händelseförloppet av ebolautbrottet mer ingående. Där ges också en övergripande bild av den internationella responsen i Liberia. Det efterföljande kapitlet beskriver målen med MSB:s insats i Liberia samt redovisar måluppfyllnad, andra resultat och relevans i detalj. I kapitel 5 analyseras en rad nyckelfaktorer för just denna insats. Det sjätte, och avslutande, kapitlet besvarar utvärderingsfrågorna genom att sammanfatta utvärderingens resultat och presentera en rad rekommendationer till MSB.

2 Utvärderingsdesign

Utvärderingen utgår från Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (the *Organisation for Economic Co-operation and Development*, OECD) och dess biståndskommittés (*Development Assistance Committee*, DAC) utvärderingskriterier,⁶ med fokus på *effektivitet* (måluppfyllnad) och *relevans* samt till viss del *kostnadseffektivitet* och *bärkraft* (hållbarhet). Utvärderingen bedömer också i vilken utsträckning insatserna har integrerat genus- och miljöaspekter så som de är uttryckta i MSB:s egna styrdokument (ambitionsnivåer). Vidare tar utvärderingsdesignen stöd av Michael Pattons idéer avseende nyttobaserad utvärdering, vilket innebär att utvärderingen är fokuserad på att resultaten kommer till nytta för slutanvändarna.⁷

Utvärderingen har genomförts främst genom:

- dokumentationsanalys (regeringsuppdrag, förfrågan om stöd, hemställen till Sida och annan relevant dokumentation inom berörda svenska myndigheter och partnerorganisationer);
- fältbesök som har innefattat intervjuer med insatspersonal och andra intressenter (ex. FN-organ och liberianska myndigheter) såväl som observation av pågående arbete;
- intervjuer med hemkommen MSB-personal, MSB-personal på huvudkontoret och efter behov på andra platser i Sverige samt med andra relevanta intressenter i Sverige (samarbetsmyndigheter, kontaktgrupp, etc.);
- granskning (granskningsprocessen har omfattat såväl FOI-intern metod och innehållsgranskning som faktakontroll i samarbete med uppdragsgivaren).

Utvärderingen har utförts i tre huvudsteg. Under steg ett utvecklades denna utvärderingsdesign i samråd med representanter från MSB och andra personer med relevant kunskap om insatsprocessen eller insatsområdet. Designen bygger på såväl en analys av relevant skriftlig dokumentation som ett antal intervjuer med olika respondenter i Sverige.

⁶ OECD (2015), *Evaluation of development programmes - DAC Criteria for Evaluating Development Assistance*, hämtad den 9 februari 2015:

<http://www.oecd.org/dac/evaluation/daccriteriaforevaluatingdevelopmentassistance.htm>

⁷ Eng. "utilization focused evaluation". Patton, Michael Quinn (2008), *Utilization-Focused Evaluation*, hämtad den 9 februari 2015:

<http://www.oecd.org/dac/evaluation/daccriteriaforevaluatingdevelopmentassistance.htm>

Under steg två samlade utvärderarna in information i Sverige och under en fältresa till insatsområdet (Monrovia i Liberia). Intervjuer genomfördes och utvärderarna tog del av skriftlig information. Utvärderarna analyserade den inhämtade informationen och presenterade under denna tid också preliminära slutsatser för MSB.

Därefter, i det tredje och avslutande steget, sammanställdes denna slutrapport och resultaten presenterades för MSB. MSB bereddes möjlighet att ge slutgiltiga kommentarer innan rapporten färdigställdes.

2.1 Avgränsningar och begränsningar

Insatserna mot ebolakrisen var omfattande. Det har därför inte varit möjligt att undersöka alla aspekter av varken den internationella eller svenska responsen. Utvärderingen fokuserar på MSB:s insatser i Liberia mellan oktober 2014 och mars 2015. Utvärderingen bedömer inte hur väl andra aktörers insatser fungerade men tar hänsyn till sådana aspekter när de är relevanta i bedömningen av MSB:s insatser. Vidare var intervjuer den primära informationsinhämtningsmetoden och tidsaspekter var styrande för hur många som kunde intervjuas. Därutöver genomfördes fältresan när mycket av verksamheten i Liberia var under avveckling, vilket innebar en begränsning avseende tillgång till personer att intervjuas på plats. Ett antal individer kunde intervjuas i efterhand (se stycke 2.4 och Bilaga 1).

Intervjuer medför risker i att information som uttrycks kan ha blivit påverkad av andra individers åsikter eller förvrängd, särskilt när intervjuer genomförs en tid efter det att respondenten var en del av den utvärderade verksamheten. Utvärderarna har arbetat metodiskt med att samla in material och triangulera information mellan olika källor. För att säkerställa resultatens riktighet och rimlighet gavs MSB möjlighet att kontrollera fakta i rapporten. Därutöver involverades två granskare med metod- respektive ämnesområdesexpertis i syfte att kontrollera utvärderingens resultat och relevans.

2.2 Utvärderingskriterierna

I samråd med MSB, och med utgångspunkt i utvärderingsfrågorna, beslutades det att effektivitet (som här definieras som måluppfyllnad) och relevans utgör primära utvärderingskriterier. Utvärderingen undersöker i möjligaste mån kostnadseffektivitet, främst genom att studera områden som kan vara kostnadsdrivande (exempelvis samordning och ledning).

Utvärderingskriteriet om effektivitet syftar till att mäta eller bedöma resultat. Det handlar framförallt om att bedöma vilka förväntade resultat som har uppfyllts och, i enlighet med utvärderingsfrågan, undersöka vilka faktorer som har påverkat

utfallet.⁸ Till viss del undersöks även resultat som inte var på förhand definierade (s.k. *målfri utvärdering*).

Relevanskriteriet används för att undersöka hur väl det stöd som ges svarar på de behov och policyer som finns hos den avsedda målgruppen – i detta fall både andra biståndsaktörer, inklusive WHO, och befolkningen genom dess representant MoH. Medan relevanskriteriet oftast låter sig bedömas mot befintliga policyer, är det vanligt att de faktiska behoven inte finns nedtecknade. Utvärderingen har därför, i första hand genom intervjuer med relevanta aktörer, undersökt vilka behov som fanns. Fokus för denna utvärdering var huruvida insatsens mål, aktiviteter och resultat överensstämde med faktiska behov.⁹ Relevansmålet påverkas också av koordinering och huruvida det var en eller flera aktörer som genomförde samma eller liknande aktiviteter eller försökte fylla samma behov.

Avseende kostnadseffektivitet handlar detta kriterium om resurser och medel (såväl personella och finansiella som materiella) som har satsats är rimliga i förhållande till de resultat som uppnåtts. Centrala frågor berör om processer har varit effektiva, om liknande resultat hade kunna uppnås på andra och mindre kostsamma sätt och om resultaten levererades i tid.¹⁰

Slutligen bedöms, när så är relevant, insatsens bärkraft (hållbarhet). Ebolainsatsen var inte en insats som i första hand syftade till att bygga långsiktiga resultat, men i vissa fall var detta ändå en effekt. Då bärkraft (hållbarhet) är ett eftersträvanvärt mål inom den humanitära och övriga biståndskontexten, har utvärderingen sökt identifiera sådana aspekter när detta har varit relevant för insatsen.

2.3 Nyttobaserad utvärdering

Nyttobaserad utvärdering syftar primärt till att skapa utvärderingar som är till nytta för de avsedda slutanvändarna (uppdragsgivaren). Angreppssättet är att se till att uppdragsgivaren (i detta fall verksamhetsansvariga och projektledare på MSB:s insatsenhet) är involverad i alla steg av utvärderingen. Grunden för kvalitet i en nyttobaserad utvärdering är relevans och trovärdighet. Utvärderingen ska vara relevant i förhållande till uppdragsgivarens utmaningar och trovärdig nog för att utgöra en grund för handlande.¹¹ För att säkerställa nyttan av denna utvärdering har en rad åtgärder genomförts. Däribland utarbetades i ett primärt skede de centrala utvärderingsfrågorna i nära samarbete med uppdragsgivaren för att säkerställa att de är möjliga att utvärdera samt svarar på för MSB viktiga frågor för framtida åtgärder. För var och en av utvärderingsfrågorna har därför ett specifikt delsyfte samt ett delmål formulerats. Under

⁸ OECD (2015).

⁹ Ibid.

¹⁰ Ibid.

¹¹ Patton (2008), s. 394.

informationsinhämtningssteget (steg två) presenterade utvärderarna sina preliminära resultat för MSB. Syftet med denna presentation var att säkerställa att resultaten låg i linje med den information uppdragsgivaren behöver och vid behov identifiera ytterligare respondenter eller frågor.¹²

2.4 Etiska aspekter

Utvärderingen har följt de etiska riktlinjer som anges av *American Evaluation Association* (AEA).¹³ Dessa riktlinjer belyser fem huvudsakliga områden som centrala för utvärderare att beakta: systematisk undersökning, integritet, kompetens, respekt för människor samt ansvar för det allmänna bästa.¹⁴

Centralt i en systematisk undersökning är att utvärderingsmetoden väl stämmer överens med det objekt som ska utvärderas samt att utvärderingsrapporten tydligt redovisar de metodval som har gjorts. Detta har gjorts i denna rapport under kapitel 2.4 och 2.5. Kompetens innebär att utvärderarna ska ha relevant expertis. Huvudutvärderarna i denna rapport hade erfarenhet från flertalet utvärderingar i komplexa miljöer samt kunskap om MSB som organisation och om humanitära insatser. För att säkerställa relevanta frågeställningar avseende det medicinska området har utvärderarna tagit stöd av medicinska experter.

Integritet är en viktig faktor i alla utvärderingar och särskilt i nyttobaserade utvärderingar där utvärderarna arbetar nära uppdragsgivaren som också "äger" det utvärderade objektet. Utvärderarna har jobbat aktivt med att samla in information från olika källor. Vidare har utvärderingen kontrollerats av två oberoende granskare för att säkerställa objektivitet och rimlighet.

Avseende respekt för människor samt ansvar för det allmänna bästa har utvärderare en viktig roll i att säkerställa att människors liv, hälsa eller intressen inte riskeras som en följd av utvärderingen. För denna utvärdering har det bedömts som särskilt kritiskt att ingen av respondenterna som intervjuats i Liberia påverkas negativt som följd av sitt deltagande i utvärderingen. Utvärderarna har ansvar för att alltid informera om vilka metoder de använder och hur de använder sig av respondenternas svar samt tillgodose eventuella krav på anonymitet från respondenter.

¹² För att maximera nyttan av nyttobaserad utvärdering borde utvärderarna även ha stött slutkunden i implementering av utvärderingens rekommendationer. Den uppgiften var dock avgränsad i denna utvärdering.

¹³ *American Evaluation Association Guiding Principles for evaluators* (2014), nedladdad 2015-02-16 från: <http://www.eval.org/p/cm/ld/fid=51>.

¹⁴ Ibid.

2.5 Utveckling av intervjufrågor

För att kunna applicera utvärderingskriterierna på de tre utvärderingsfrågorna behövde frågorna utvecklas. Därutöver behövde respektive fråga brytas ner i underfrågor som anpassades efter utvärderingskriterierna. En *intressent* i en viss verksamhet är en person som kan påverka eller påverkas av den utvärderade insatsen. En intressentmodell användes således för att identifiera personer eller grupper av intresse att intervjua för utvärderingen. Utvärderarna utvecklade en intressentmodell (se tabell 1 och 2) och i samråd med MSB-personal valdes lämpliga individer ut för att kontaktas för intervju.

Tabell 1 redovisar intressenter i Liberia medan tabell 2 redovisar intressenter i Sverige. Intressentlistan har uppdaterats under utvärderingens gång, bl.a. på rekommendation av olika respondenter, för att säkerställa relevans och precision i urvalet.

Tabell 1: Intressenter i Liberia

(Intervjuade intressenter anges i fet stil medan de som inte kontaktats är understrukna)

Bistånds- eller humanitära partners	Liberianska myndigheter/aktörer	MSB personal
WHO UNMEER Personal från Kuba och AU USAID Andra icke-statliga organisationer Sveriges Ambassad <u>Läkare utan gränser</u>	MoH MoD (ETU) Liberianska partners i Greenville <u>Andra departement</u>	Team-Leader/ Insatschef HR-ansvarig Logistik- och supportpersonal

Tabell 2: Intressenter i Sverige

(Intervjuade intressenter anges i fet stil medan de som inte kontaktats är understrukna, kontaktade men som har valt att avstå från att delta i utvärderingen anges i kursivt)

MSB-personal baserad i SE	Hemkommen MSB-insatspersonal	Departement & myndigheter	Övriga
Operativ chef	Personal som deltog i sjukvårdsinsatsen	Sida	Björn Forssén
Verksamhetsansvariga	Personal som deltog i IHP-insatsen	Folkhälso-myndigheten	Hans Rosling
Projektledare		Socialstyrelsen	Karolinska Institutet
HR-personal		<u>UD</u>	<u>MSF Sverige</u>
Myndighetsjurister		<u>Socialdepartementet</u>	
		<i>Justitiedepartementet</i>	

Alla intressenter har av olika anledningar inte kunnat intervjuas. En tydlig avgränsning är att utvärderarna inte hade möjlighet att besöka Greenville under sitt fältbesök. Resultaten avseende verksamheten där grundar sig därför på information från ansvariga läkare som var mottagare av MSB:s stöd, insatspersonal som arbetat i Greenville och till viss del MSB:s övriga partners. Vidare har utvärderarna försökt kontakta ytterligare intressenter som har valt att avstå från att delta i utvärderingen. Vissa intressenter har för denna utvärderings syfte inte prioriterats och därför inte kontaktats.

Ungefär två tredjedelar av intervjuerna har gjorts direkt med respondenterna, både i Liberia och i Sverige, medan resterande intervjuer har gjorts per telefon. Alla intervjuer har inletts med att utvärderarna har beskrivit sitt uppdrag samt informerat om hur de hanterar den information respondenterna lämnar. Centralt har varit att ingen respondent citeras och att information inte återges så att den kan spåras tillbaka till en specifik individ. Dock återges en fullständig lista på respondenter i Annex 1.

2.6 Metod för mål- och resultatanalys

MSB:s målsättningar förändrades i anpassning till utvecklingen av situationen i Liberia och dess grannländer. Insatsens officiella målsättningar fanns specificerade i hemställan till Sida, vilken utgjorde basen för MSB:s finansiering för insatsen. Utvärderingsrapportens resultatanalys redovisar måluppfyllnad för dessa mål och har därutöver haft som uppgift att identifiera och redogöra för

resultat som inte var på förhand förutsedda. Den fullständiga mål- och resultatanalysen grundas i första hand på intervjusvar från respondenter.

Den verksamhet som MSB har äskat finansiering för har genom fyra olika hemställan beviljats av Sida. Varje hemställan redogör för mål och förväntade resultat. I denna utvärdering används dock en fasindelning som inte följer hemställan utan snarare ser på mål och resultat i en kronologisk uppdelning. Således har utvärderarna identifierat fem huvudsakliga faser som var och en redovisas för i kapitel 4:

- Fas 1 – Förberedelser
- Fas 2 – Förtrupp skickas ned för drivandet av ETU
- Fas 3 – Ändrad insatsinriktning
- Fas 4 – MSB:s stöd utvidgas till landsbygden
- Fas 5 – Avveckling av FMT och övergång till katastrofriskreducerande arbete (DRR, *disaster risk reduction*)

Utöver insatsens mål har MSB:s interna mål inom jämställdhets- och miljöintegrering använts i utvärderingen, för att kunna undersöka om och hur dessa aspekter har hanterats under insatsen. För denna analys sker en separat redogörelse i rapporten.

3 Ebolautbrottet och den internationella responsen

Flertalet olika faktorer fick betydelse för hur den internationella responsen utvecklades. För att bättre förstå i vilken kontext MSB fattade beslut är det viktigt att understryka den osäkerhet som genomsyrade hela ebolakrisen, både avseende vilken riktning epidemin skulle ta och vilka behov som fanns. De ansvariga FN-organisationerna har i efterhand fått svidande kritik för sin sena reaktion samt bristande förmåga att koordinera och hantera ebolakrisen.¹⁵ Den sena responsen och krisens allvar resulterade också i en tidspress som präglade insatsen från september 2014 och framåt. Då WHO inte hade kontroll över situationen gavs andra aktörer, såsom större givare, större utrymme att kunna påverka den globala responsens inriktning. Detta skapade en otroligt komplex situation med olika och osäkra informationsflöden. Även om det inte är föremål för denna utvärdering att undersöka hur väl den internationella responsen fungerade i stort, kan det konstateras att kontexten påverkade MSB. Bland annat innebar det att i första hand WHO, men även andra aktörer, efterfrågade ett stöd som inte alltid speglade de faktiska behoven i Liberia. Därutöver innebar WHO:s ovana att hantera denna typ av kriser att de gav felaktig information till MSB avseende internationella avtal, vilket i slutändan innebar att MSB genomförde sitt stöd till Liberia utan giltiga avtal. Vidare och av betydelse för MSB:s insatser var att den ETU som byggdes med finansiering från USA inte blev klar i tid samt att trycket från EU att bidra med sjukvårdsförmågor var mycket högt. Dessa och fler faktorer rörande den internationella samordningen och responsen bör beaktas när MSB:s resultat bedöms.

Utbrottet av ebola i västra Afrika startade i sydöstra Guinea vid årsskiftet 2013-2014. Befolkningen i detta område rör sig obehindrat mellan de tre nära angränsande länderna Guinea, Sierra Leone och Liberia. Den första bekräftade smittade begravdes troligen strax över gränsen i Liberia.¹⁶ I mars 2014 underrättade sjukvårdspersonal i detta område myndigheterna i Guinea och Läkare utan gränser (MSF) om en mystisk sjukdom. De första bekräftade fallen av ebola i Liberia registrerades senare i mars 2014 och i Sierra Leone konstaterades sjukdomen i maj 2014.¹⁷ Därefter finns det ett tydligt mönster i hur smittan har färdats längs huvudvägarna i respektive land. I Liberia nådde ebolaviruset huvudstaden Monrovia relativt snabbt efter att utbrottet hade utvecklats i gränstrakterna mellan Guinea, Liberia och Sierra Leone. Med undantag för MSF, som tidigt gick ut och varnade för riskerna, dröjde över lag omvärldens reaktioner

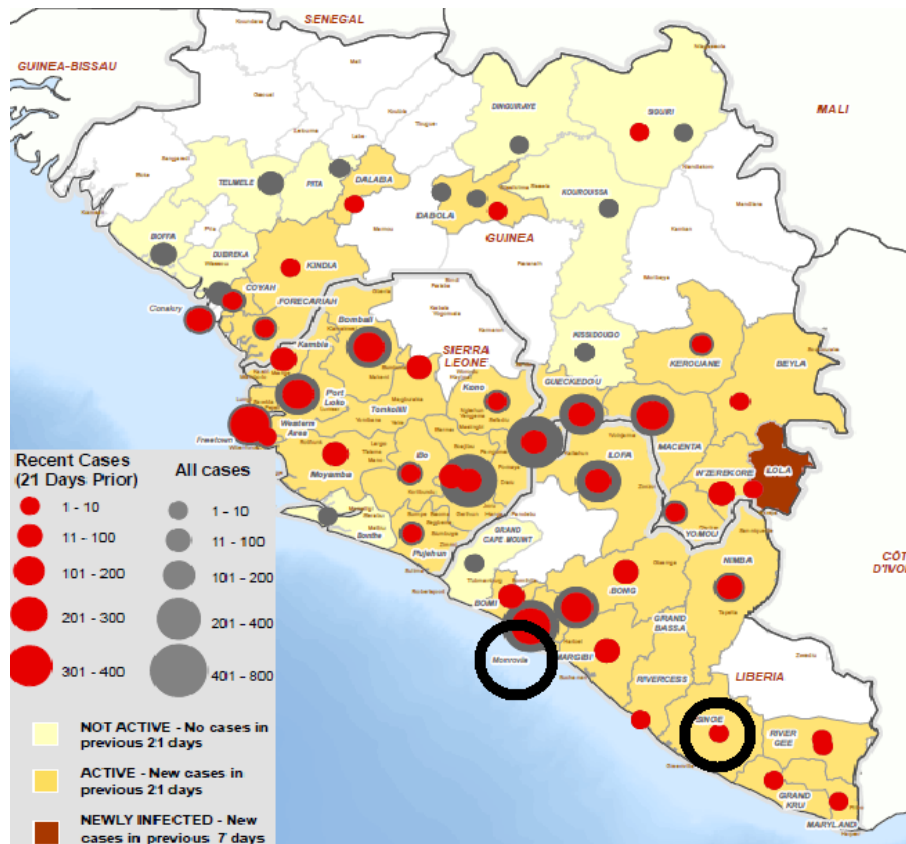
¹⁵ WHO (2015), *Report of the Ebola Interim Assessment Panel*, 7 juli 2015.

¹⁶ Intervju 4.

¹⁷ BBC (2015), *Ebola: Mapping the outbreak*. Nedladdad 18 mars 2015 från <http://www.bbc.com/news/world-africa-28755033>.

till sommaren 2014, när de tre drabbade länderna (och i första hand Liberia) upplevde en snabb ökning och spridning av antalet ebolasmittade. Situationen blev alltmer akut och den 18 september höll FN:s

Figur 1 - Ebolautbrottet 3 oktober 2014 (Monrovia och Greenville (till höger) är utmärkta med svarta ringar)



Källa: WHO¹⁸

Säkerhetsråd möte. Detta var den första gången säkerhetsrådet har kallats för att diskutera ett hälsoproblem och ledde till att *United Nations Mission for Ebola Emergency Response* (UNMEER) bildades.¹⁹ Runt denna tidpunkt rapporterades om en exponentiell smittspridning på upp emot 500 nya smittade varje vecka.²⁰

¹⁸ <http://www.who.int/csr/disease/ebola/maps/en/>

¹⁹ UNMEER skapades under FN:s avdelning för fredsfrämjande insatser (Department for Peacekeeping Operations, DPKO).

²⁰ Intervju 10.

Från Monrovia kablades bilder ut på människor som låg döda på gatan. Ingen vågade gå nära dessa personer och personal på plats uttryckte situationen som ohygglig. Därutöver hade i princip all annan sjukvård slagits ut, mycket på grund av rädsla från sjukvårdspersonal, och det fanns väldigt få ambulanser i landet.²¹

I augusti och september 2014 varnade förutom MSF också WHO och UNMEER för allvaret i situationen. Framförallt framhöll de att det inte var ytterligare finansiella medel som behövdes, utan internationell vårdpersonal. MSF – normalt sett skeptiska till samverkan med militära aktörer – efterfrågade till och med militärt stöd, vilket underströk allvaret och svårigheterna med att hantera situationen.²² Utöver FN:s bristande kapacitet var en ytterligare anledning till den initialt mycket begränsade internationella responsen bristande kunskap om ebola, i kombination med att ebolasmittan ställde nya krav på sjukvårdsaktörer. Ebolainsatserna var resurskrävande när det gällde personal, speciellt också då man utöver att skydda patienter behövde prioritera skydd av sjukvårdspersonalen.²³ Det var mot denna bakgrund som Sveriges regering i oktober fattade beslut om att MSB skulle bidra med sjukvårds- och logistikstöd.²⁴

Den internationella responsen organiserades på ett sätt som skiljde sig mot gängse praxis för humanitära katastrofer. Normalt koordineras katastrofrespons av FN:s kontor för humanitärt bistånd (*Office for the Coordination of Humanitarian Affairs*, OCHA) och genom det så kallade humanitära klustersystemet. För ebolarensen skapades UNMEER, som skulle samordna responsen på strategisk nivå, medan WHO fick ett mer operativt ansvar med uppgift att, tillsammans med MoH, leda koordinering i insatsområdet. Som nämns ovan fungerade inte denna lösning då framförallt WHO inte hade förmåga att koordinera insatserna. Resurser allokerades inte effektivt och WHO fortsatte att efterfråga en viss typ av stöd långt efter att behovet hade vänt.²⁵

I korthet kan utvecklingen i september och oktober 2014 beskrivas som ganska kaotisk. Utöver systembrister i den internationella hanteringen fanns en osäkerhet i smittspridningen. Fram till slutet av september visade statistik en kraftig ökning av antal ebolasmittade i Liberia medan de första rapporterna på att situationen hade vänt till det bättre kom först i slutet av oktober.²⁶ Den exakta händelseutvecklingen är dock svår att bekräfta då det förmodligen fanns ett gap mellan den faktiska situationen och statistikuppgifter, både avseende *hur* fall rapporterades men också då det tog tid att bearbeta statistiken. Detta innebar troligtvis att den information

²¹ Intervju 4, 10.

²² Intervju 20.

²³ Intervju 4, 20, 17, 1.

²⁴ Intervju 10.

²⁵ Intervju 1, 2, 3,5, 17, 19, 20.

²⁶ WHO (2015), *Ebola Situation Report - 11 March 2015*. Nedladdad 19 mars 2015: <http://apps.who.int/Ebola/current-situation/Ebola-situation-report-11-march-2015>

som fanns att tillgå ofta var ett par veckor gammal.²⁷ I efterhand kan det konstateras att ebola följde ett likartat förlopp i Liberia och Sierra Leone, med en tydlig uppgångstopp av ebolafall, medan antalet fall i Guinea har legat på en mer jämn nivå över tid. Anledningen till dessa skillnader är fortfarande inte helt utredd.²⁸

I Liberia organiserades koordinering genom det nyligen upprättade *incident management system* (IMS) i Monrovia. IMS leddes av en representant från MoH och mekanismen var indelad i olika undergrupper så som *case management* och *training*. IMS ledde självständigt koordineringen och hade beslutanderätt, även över MoH, i ebolarelaterade frågor men representanter från systemet medgav att det fanns utrymme för att förbättra verksamheten, inte minst avseende informationsdelning.²⁹

Ungefär samtidigt som det svenska bidraget genom MSB skickades till Liberia anlände även medicinska förmågor från bl.a. Kina och Tyskland. En snabb och oväntad nedgång i antalet ebolasmittade skedde här parallellt med tillkomsten av många nya vårdplatser, vilket resulterade i en överkapacitet i Monrovia. När situationen i Liberia stabiliserades runt månadsskiftet oktober-november 2014 förflyttades fokus i större utsträckning från Monrovia till andra provinser. I flera av dessa upprättades ETU:s byggda av det amerikanska biståndsorganet USAID, ofta genom kontrakterade organisationer och företag och i enlighet med ritningar som hade tagits fram i samarbete med WHO. Det går dock att utläsa från WHO:s uppdateringar (*situation reports*)³⁰ att den befarat dramatiska spridningen av ebola i stort uteblev. I mars 2015 tycktes Liberia vara ebolafritt, men ett nytt fall registrerades i slutet av samma månad. Processen med att demontera och sanera ETU:s hade då redan påbörjats. Den 9 maj 2015, efter 42 dagar utan några nya fall, förklarades Liberia fritt från ebola.

Avsaknaden av ebolafall i Liberia betydde inte att krisen var över. Risken fanns att sjukdomen skulle återuppstå, inte minst då grannländerna Sierra Leone och Guinea fortfarande, när denna rapport färdigställdes i maj 2015, hade fortsatt relativt hög förekomst av ebolasmittade och förmågan att kontrollera gränserna till Liberia var begränsad. Därutöver slogs den reguljära vården helt ut fram till början av 2015, och hade sedan dess endast långsamt börjat återhämta sig. Vissa bedömare menade att i termer av dödsoffer har avsaknaden av reguljär sjukvård krävt fler dödsoffer än ebolaviruset, men att det naturligtvis samtidigt var prioriterat att stoppa virusets framfart.³¹ I mars 2015 bedömde WHO-representanter i Monrovia att den internationella närvaron behövde stanna till

²⁷ Intervju 2, 4.

²⁸ Seminarium den 9 april 2015 på KI: *Foreign Medical Teams response to the West African Ebola Outbreak; was the world good enough?*

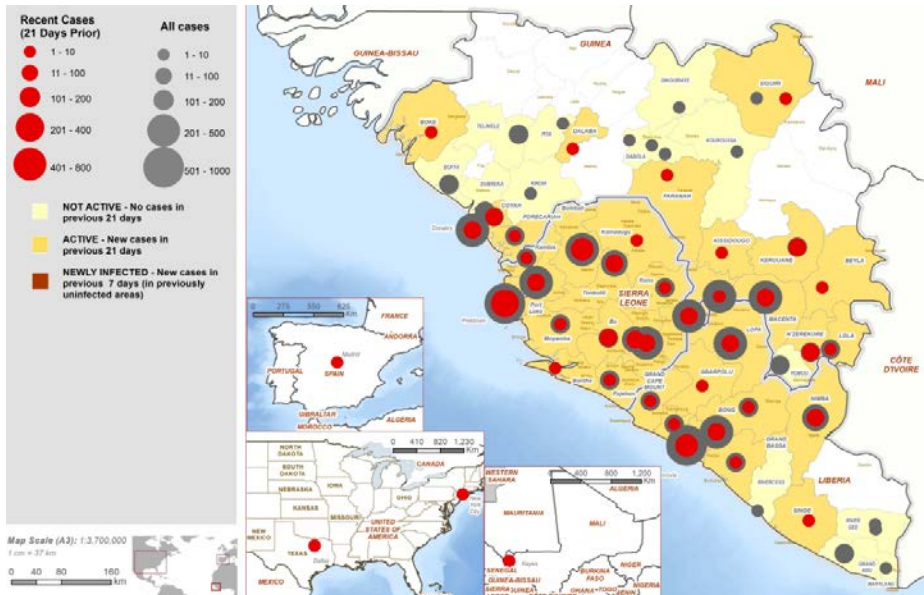
²⁹ Intervju 9, 19.

³⁰ Se t.ex. WHO:s hemsida: <http://apps.who.int/ebola/en/ebola-situation-reports>

³¹ Intervju 3, 4, 19, 20.

åtminstone sommaren 2015 för att hantera direkta följder av ebolakrisen och för att ha viss beredskap för sjukdomens återkomst.

Figur 2 - Ebolautbrottet 29 oktober 2014



Källa: WHO³²

Experter framhöll att det som vände den negativa utvecklingen i Liberia i första hand var ett förändrat beteende hos befolkningen.³³ Medan rutiner och utrustning krävdes för att skydda personal, var den vård som kunde ges till ebolasmittade grundläggande då inga avancerade resurser, såsom respiratorer, fanns tillgängliga. Eftersom resurserna i Liberia var minimala har vårdmöjligheterna i första hand handlat om omvårdnad och att se till att patienter hållits hydrerade och rena samt fått näring.³⁴ Isolering och vård var visserligen viktigt, men det var lika kritiskt att befolkningen ändrade på sådana traditioner och ritualer som riskerade att förstärka smittspridning, exempelvis i omsorgs- och begravningsituationer. En annan viktig faktor var att befolkningen i större utsträckning försåg myndigheter och internationella organisationer med korrekt information i smittspåringsarbetet.³⁵

Sammanfattningsvis kan sägas att utöver att vårda sjuka var ett primärt mål med insatser under ebolakrisen (som fortfarande inte var över när denna rapport

³² <http://www.who.int/csr/disease/ebola/maps/en/>

³³ Intervju 3, 4, 20.

³⁴ Intervju 20, 21.

³⁵ Intervju 3, 4, 17, 20.

skrevs)³⁶ att begränsa smittspridningen. Det var ännu inte möjligt att visa på kausala samband för vad som hade varit avgörande för det förändrade beteendet hos befolkningen. Experter framhävde dock att förtroendet för myndigheterna troligen ökade och att detta var avgörande för att ändra befolkningens beteende. Såväl vårdinsatser (isolering och behandling) som den internationella responsen, speciellt med den kraftigt ökade närvaron i september och oktober 2014, bidrog till detta förtroende.³⁷

³⁶ MSB planerade i april 2015 att skicka ytterligare resurser till Sierra Leone för att bistå den internationella responsen mot Ebola.

³⁷ Intervju 3, 4, 20.

4 MSB:s verksamhet, mål och resultat

Ebolakrisen i Västafrika präglades av att vara snabbföränderlig, både avseende ebolasmittans spridning och den internationella responsen. Detta ställde omfattande krav, och särskilt en tidspress, på MSB avseende planering och genomförande av själva insatsen. Behoven i insatsområdet förändrades ständigt och MSB fick löpande under insatsens gång ändra inriktning på sitt stöd. Sjukvårdsinsatsen utgjorde också ett nytt verksamhetsområde för MSB och med en personal på som mest drygt 50 personer, var det en betydligt större insats än normalt för MSB. Alla dessa faktorer ställde höga krav på myndigheten, inte minst då MSB i den här insatsen också delvis arbetade med partners som man tidigare inte hade samarbetat med. Utmaningarna handlade bl.a. om avtalsfrågor och samarbetsmetoder, men också om stora och delvis nya krav inom personalhanteringen.

Nedan redogörs för MSB:s insats i Liberia, uppdelat i fem faser samt ett avsnitt som hanterar genus- och miljöfrågor. För varje fas beskrivs såväl den relaterade beslutsprocessen som identifierade mål samt aktiviteter, resultat (inklusive de som inte var på förhand förutsedda) och relevans. Viktiga hållpunkter specificeras nedan.

- 16 oktober 2014: Regeringsbeslut om Svenskt stöd till Västafrika.
- 3 november 2014: MSB skickar en förtrupp till Monrovia.
- 7 november 2014: MSB skickar ytterligare sex personer till Monrovia.
- 12 november 2014: MSB skickar rekognoseringssteam till Sierra Leone.
- 24 november 2014: MSB skickar resterande 16 personer till Monrovia.
- 26 november 2014: MSB påbörjar verksamheten i Greenville med rekognoseringsresa.
- 15 december 2014: MSB genomför ytterligare en rekognoseringsresa till Sierra Leone och flyttar sen över ett mindre sjukvårdsteam till landet.
- Februari och mars 2015: MSB avvecklar gradvis insatsen med undantag för begränsad verksamhet i Greenville.

Det är viktigt att understryka att alla tänkbara beslutstillfällen samt alla de parametrar som har påverkat MSB:s beslutsfattande och val av inriktning inte återges. Valet av beslutstillfällen är till stor del baserat på hemställen till Sida, då dessa specificerade mål och planerade aktiviteter. Som har nämnts ovan bildade politiska faktorer, den bristande koordineringen av internationella insatser och en konstant tidspress sammantaget en oerhört komplex situation som genomgående påverkade MSB:s beslutsfattande.

4.1 Fas 1: Vägen till och förberedelser av MSB:s insats i Liberia

Den 16 oktober 2014 beslutade regeringen att avsätta 100 miljoner kronor i humanitärt stöd till arbetet mot ebolautbrottet i Västafrika. MSB gavs i uppdrag att för dessa pengar planera och genomföra sjukvårdsinsatser och samordna frivillig svensk sjukvårdspersonal samt bidra med andra relevanta förmågor som t.ex. logistik.³⁸ MSB uppmanades att vid genomförande av uppdraget i tillämpliga delar samverka med Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten.³⁹ Den 17 oktober fick MSB en förfrågan från WHO att skicka ett FMT med förmåga att driva en ETU (benämnt *Ministry of Defence 2*, MoD 2) i Liberia.⁴⁰ Vid samma tidpunkt bidrog redan MSB med ett större kontors- och boendestödsprojekt till Liberia inom ramen för IHP. Syftet med IHP-insatsen var att stödja ett FMT från Kuba och Afrikanska unionen (AU) med en säker boende- och arbetsmiljö samt med en primärvårdskapacitet.

Efter WHO:s förfrågan skapade MSB en behovsgrupp, i vilken det ingick representanter från Socialstyrelsen, Karolinska institutet (KI) och hemvändande svensk personal från WHO och MSF.⁴¹ Behovsgruppen diskuterade hur ett lämpligt svenskt bidrag till ebolaresponsen i Liberia skulle kunna se ut. Den 20 oktober presenterade gruppen fem olika alternativ för en svensk insats i Liberia enligt följande prioritering:⁴²

1. Driva en svensk ETU (i enlighet med WHO:s förfrågan)
2. Stödja en ETU ihop med en partner (Tyskland eller Kuba)
3. Driva ett utbildningscenter (*s.k. Ebola Training Center*)
4. Stödja MoH med ”reguljär” sjukvård
5. Stödja MoH med övriga behov, exempelvis transporter av patienter och avlidna, vatten- och sanitetsstöd (WASH), mm.

I de initiala diskussionerna lyftes frågetecken kring huruvida MSB skulle bedriva FMT-insatser då detta skulle ställa helt andra krav på organisationen och personalen jämfört med IHP-insatsen. Denna insats skulle både vara för MSB ovanligt stor och fokusera på sjukvård, vilket inte är MSB:s traditionella verksamhetsområde. Redan i detta skede underströks vikten av att knyta till sig personal som hade varit del av liknande insatser och att detta var ett minimikrav

³⁸ Regeringen, 2014-03-16, *Pressmeddelande: Sverige bidrar med sjukvårdsinsatser i arbetet mot Ebola i Västafrika*. Nedladdad 12 mars 2015: <http://www.regeringen.se/sb/d/119/a/248195>.

³⁹ Socialstyrelsen hade den 9 oktober fått ett regeringsuppdrag att säkerställa medicinsk evakuering för svenskar i det drabbade området, för att underlätta för svensk personal att delta i Ebolavårdinsatser. Även försvarsmakten fick ett uppdrag att bidra till denna evakueringsförmåga.

⁴⁰ Se bilaga 2 för mer information om FMT samt WHO:s förfrågan till MSB.

⁴¹ Intervju 1, 4 och 17.

⁴² Intervju 1, 3, 4 och 17.

för genomförbarheten av denna insats. Den sammantagna bedömningen på MSB var att det fanns förutsättningar för att bidra med ett svenskt FMT och ledningen tog följaktligen beslut om att MSB skulle driva en ETU i linje med behovsgruppens första angivna alternativ och förfrågan från WHO.

Arbetet med att söka personal för en sjukvårdsinsats hade börjat direkt när MSB fick regeringsuppdraget. Så snart beslutet hade tagits om vilken insats som skulle skickas inriktade MSB sitt förberedande arbete på att organisera, bemanna och utrusta ett svenskt FMT. De ansvariga projektledarna på MSB tog stöd av expertis i Sverige såväl som internationella kontakter samt den personal som redan fanns på plats i Liberia inom ramen för den pågående IHP-insatsen.⁴³ Givet den rådande tidspresen och faktiska möjligheter att resa till Liberia (bl.a. begränsade transportmöjligheter med reguljärt flyg) gjordes ingen särskild rekognoseringsresa för dessa specifika uppgifter utan MSB valde att förlita sig på den information som hade samlats in under rekognoseringsresan för IHP-uppdraget samt information från tillgänglig expertis och personer som befann sig i fält.

Samtidigt som MSB förberedde ett svenskt FMT kom indikationer på att antalet ebolasmittade i Liberia hade minskat drastiskt jämfört med en månad tidigare. Dock rådde stor osäkerhet kring vad denna trend betydde⁴⁴ och WHO hade inte förändrat sin förfrågan. Redan i detta skede förhörde sig MSB om ett svenskt FMT kunde göra mer nytta i Sierra Leone. Trots omfattande diskussioner om var MSB skulle kunna göra störst insats i kampen mot ebola menade UNMEER och WHO att andra länder skulle täcka behoven i Sierra Leone och att svenskt stöd fortsatt behövdes i Liberia. I och med detta bibehölls inriktningen att bistå med ett FMT i Liberia.⁴⁵

Innan MSB kunde skicka ned ett svenskt FMT för att driva en ETU krävdes en rad förberedelser, däribland att identifiera behov för insatsen; anställa personal; säkerställa relevant utbildning/förberedelser för personal; samt teckna avtal med berörda parter. Under IHP-insatsen hade MSB upprättat en särskild e-postadress för personer som var villiga att åka till Liberia och under den processen hade en hel del sjukvårdspersonal anmält sig som nu kunde kontaktas även för FMT-uppdraget. MSB upprättade också en ”ebolatelefon” dit allmänheten kunde ringa för diverse frågor kopplade till ebola och MSB:s insats i Västafrika.

Rekryteringen var en arbetsintensiv process i denna fas. I ett ganska tidigt skede förstärkte MSB upp den operativa enheten, först med två inhyrda rekryterare och senare med ytterligare en person internt från MSB. På en dryg vecka rekryterades merparten av för detta uppdrag totalt 63 nya personer till MSB:s personalpool, varav 32 senare deltog i insatsen.⁴⁶ HR-handläggarna ringde bland annat runt till

⁴³ Intervju 1, 17, 20.

⁴⁴ Intervju 20.

⁴⁵ Intervju 2.

⁴⁶ I vanliga fall rekryterar MSB årligen runt hundra personer till sin personalpool.

olika infektionskliniker för att informera om möjligheten att åka ner till Liberia. Att det till slut var möjligt att anställa så många var till stor del tack vare att Sveriges kommuner och landsting (SKL) uppmanade landstingen att vara generösa med tjänstledighet för deltagande i insatsen.⁴⁷ SKL hade i sin tur en tät kontakt med Socialstyrelsen.

Redan i ett tidigare skede hade Socialstyrelsen finansierat en kurs som drevs av KI, primärt i syfte för att möjliggöra för svensk sjukvårdspersonal att delta i ebolarelaterade insatser generellt. MSB bidrog med viss materiel, support och logistik. KI hade byggt upp en ETU-modell och kursen hade både teoretiska och praktiska moment, exempelvis om hur ebolaviruset smittar och hur skyddsutrustningen skulle användas.⁴⁸ I och med regeringsuppdraget avsatte KI utbildningsplatser till det större antalet individer som skulle åka med MSB, oavsett om de var vård- eller annan personal.⁴⁹

Utöver KI-kursen (som omfattade två dagar) anordnade MSB mellan en och två dagars förberedelser på MSB.⁵⁰ Under dessa dagar fick insatspersonalen grundläggande information om MSB samt den information som MSB hade om själva insatsen. Därutöver, på rekommendation av medicinskt kunnig personal i MSB:s nätverk, kunde individer från MSF-Sverige som hade erfarenhet av ebolavård dela med sig av sina erfarenheter för några av insatsens seniora befattningshavare.⁵¹ Fem personer som skulle ingå i insatsen (till viss del samma som hade haft kontakt med MSF-Sverige) besökte också MSF i Bryssel.

Avseende den legitimerade personalen (läkare och sjuksköterskor) hade MSB:s rekryteringsfunktion i samråd med MSB:s medicinska koordinator prioriterat personal med specifik infektionserfarenhet, minst tre års arbetslivserfarenhet och internationell erfarenhet. Då ett otillräckligt antal sökande uppnådde dessa krav fick MSB i ett ganska tidigt skede släppa dessa kriterier och anställa medicinsk personal med olika inriktning, och i undantagsfall även personer utan tidigare internationell erfarenhet. En begränsande faktor i detta arbete var att MSB inte kunde anställa internationell personal på grund av att de inte omfattades av den medicinska evakueringen. I december utvidgades möjligheten att anställa personal till EU-medborgare.⁵²

En ytterligare faktor som upptog mycket tid och resurser under denna period var arbetet med att teckna ett juridiskt avtal för verksamheten. När MSB skulle skriva avtal med WHO menade WHO, i motsats till de löften Regeringskansliet och MSB

⁴⁷ Intervju 33, 39.

⁴⁸ Intervju 23.

⁴⁹ Intervju 20.

⁵⁰ Då det rörde korta tidsförhållanden och många individer var involverade skiljer det sig åt hur insatspersonalen har deltagit i dessa förberedelser.

⁵¹ Intervju 17, 25.

⁵² Intervju 36.

initialt fått om avtal, att de endast hade framfört en efterfrågan på MoH:s vägnar och att ett bilateralt avtal därför skulle tecknas med Liberia, vilket också var i enlighet med FMT-konceptet.⁵³ Från svenskt håll ansågs det att Sverige redan hade ett bilateralt avtal med liberianska utrikesministeriet, ett så kallat proceduravtal, och Utrikesdepartementet (UD) ville ogärna ha parallella avtal. UD och MSB drev därför att nya avtal skulle tecknas inom ramen för redan befintliga avtal snarare än att upprätta ytterligare ett avtal med MoH.⁵⁴ Trots påtryckning från svensk sida och åtskilliga löften från MoH och den liberianska regeringen tecknades aldrig något avtal. I februari 2015 undertecknades ett så kallat *Memorandum of Understanding* (MoU) mellan MSB och MoH, men dess status var oklar då det inte föll under övergripande proceduravtalet mellan Sverige och Liberia.⁵⁵

En utestående fråga rörde MSB:s förmåga att anställa lokal personal, något som lyftes i ett tidigt skede under diskussionerna om vad MSB skulle kunna göra för att möta regeringens uppdrag.⁵⁶ På MoD1, en ”tvilling-ETU” till MoD2, arbetade över 300 personer och för att kunna driva MoD2 skulle även MSB:s FMT behöva stöd från lokal vård- och hygienpersonal. MSB har rätt att anställa lokal personal men det råder viss otydlighet avseende MSB:s arbetsgivaransvar och vilka regler som skulle gälla.⁵⁷ MSB hade därför i detta skede förhoppningar om att kunna anställa lokal personal genom Röda korset. I den initiala FMT-designen fanns en HR-person som skulle vara ansvarig för lokal personal på ETU:n.⁵⁸

4.1.1 Måluppfyllnad, resultat och relevans

MSB kunde på två veckor från det att uppdraget från regeringen erhållits identifiera uppgifter i samråd med WHO och UNMEER samt utforma, rekrytera och till viss del förbereda ett FMT för att driva en ETU i Monrovia. Beslutet att driva en ETU var, när det fattades, relevant utifrån behovet i Liberia och i enlighet med begäran från WHO och UNMEER (som hade samordningsansvar för internationella aktörer). Det var också relevant utifrån regeringsuppdraget.

Utbildningen på KI ansågs vara mycket relevant av deltagare. Även de som inte var vårdpersonal underströk att kursen hade varit särskilt värdefull för att öka förståelsen för den arbetsmiljö som väntade i Liberia. Att utbildarna hade arbetat i ebolainsatser sågs som avgörande. Även partners i fält påpekade att MSB:s personal hade fått relevanta förberedelser för att arbeta i en ebolakontext.⁵⁹

⁵³ Intervju 1, 2, 5, 6, 9, 17.

⁵⁴ Intervju 17.

⁵⁵ Intervju 35.

⁵⁶ Intervju 30.

⁵⁷ Utlandsmyndigheterna och Försvarmakten har särreglering i denna fråga varför de tydligt har rätt att anställa lokalt internationellt.

⁵⁸ Intervju 1, 2.

⁵⁹ Intervju 5, 6, 9, 11.

Särskilda förberedelser tillsammans med MSF i Stockholm och Bryssel pekades också ut som en mycket viktig faktor för att bidra till ökad förståelsen för vad det innebar att driva en ETU.

Det rådde skilda meningar om kvaliteten på förberedelserna, bl.a. den information som MSB gav personalen innan avfärd. Vissa upplevde kommunikationsflödet som professionellt och välorganiserat medan andra har tyckte det var rörigt. Genomgående kommenterade många av de intervjuade att de hade haft kontakt med många olika personer, upp till som mest sex eller sju stycken, vilket oftast negativt påverkade tydligheten vem blivande insatspersonal skulle vända sig till om det uppstod frågor.⁶⁰ Denna bild bekräftades av dem som hade arbetat med förberedelserna på MSB. Vidare framkom det i intervjuerna att då många aldrig tidigare hade arbetat internationellt i en krissituation eller för MSB, så hade mer information om vad det skulle kunna innebära varit värdefullt.⁶¹ Framförallt ansågs det att mer fokus borde ha lagts på att förklara MSB, både som myndighet och arbetsgivare. Som en kontrast till detta ansåg i princip alla som hade arbetat för MSB tidigare att förberedelserna för denna insats var tillräckliga.⁶² Det har inte varit möjligt att bedöma huruvida de ändrade anställningskriterierna för vårdpersonal fick någon konsekvens för insatsen i och med att vårdarbetet var begränsat. Överlag uppfattades MSB:s vårdpersonal som kompetent av partners. Erfarenheter från rekryteringsprocessen diskuteras närmare i kapitel 5.

Målet med att teckna ett särskilt övergripande avtal nåddes inte. Det rådde av olika skäl otydlighet avseende med vem Sverige och MSB skulle teckna avtal, vilket påverkade insatspersonalens status i fält och det formella förhållandet till Liberia respektive WHO. En djupare analys av vilka konsekvenser bristen på avtal hade görs i kapitel 5.

4.2 Fas 2: Förtrupp skickas ned för drivandet av en ETU

Under förberedelserna vid månadsskiftet oktober/november 2014 var den utestående punkten att inget avtal fanns. Trots detta fattades beslut om att skicka ner en första grupp för initiala förberedelser för FMT:t. Denna förtrupp, som benämndes "Core Team", bestod av 14 personer och ankom till Monrovia den 3 november. Deras uppgift var att inleda arbetet med att upprätta relationer med WHO och MoH; ordna med logistik; förbereda för anställning av lokal personal och utbildnings- och upplärningsplatser för övriga teamet; iordningställa

⁶⁰ Bl.a. Intervju 22, 23, 28.

⁶¹ T.ex. intervju 8, 29, 17, 21, 26.

⁶² T.ex. Intervju 14, 15.

utrustning; samt upprätta rutiner för drift av en ETU. De skulle också färdigställa arbetsbeskrivningar för övrig svensk personal, för de fall detta ännu inte var gjort.

I samarbete med IHP-insatsen (som alltså redan var på plats) kunde den nya insatsen snabbt etablera sig på ett hotell i närheten av MoD2. Personal från IHP-insatsen flyttades också till detta hotell vilket var positivt i termer av att all personal fanns på samma plats. Det framkommer dock i många intervjuer med både partners och MSB-personal att relationen mellan IHP-insatsen och den insats som genomfördes under regeringsuppdraget var otydlig.⁶³ En representant från WHO:s kritiserade MSB för att ha varit otydlig gällande vilken organisation personalen var där under och vilka som därmed hade rätt till att t.ex. få WHO:s ID-kort. Insatschefen för den större insatsen tog mer eller mindre över chefskapet även för IHP-insatsen. När denna sammanslagning gjordes försvann rutiner (t.ex. för dagliga hälsokontroller) som hade upprättats inom IHP-insatsen, utan att ersättas av liknande rutiner. Efter en tid infördes ett s.k. *buddy-system*, där insatsmedlemmar parades ihop två och två för att bättre hjälpa och hålla koll på varandra. Detta upplevdes dock inte av alla som lika välfungerande som de tidigare rutinerna.⁶⁴

Kort efter ankomst stod det klart att den tilltänkta ETU:n vid MoD 2 inte längre behövdes.⁶⁵ Andra internationella partners hade vid detta läge hunnit skicka hjälp och smittspridningen verkade visa tecken på stabilisering. Behoven i insatsområdet hade på kort tid ändrats från att det i Monrovia hade rått en akut brist på vårdplatser för ebolasjuka till att det nu fanns ett överskott av vårdplatser.⁶⁶ Denna information förmedlades till MSB i Stockholm, som stod i färd med att skicka ner övrig personal. Projektledarna och cheferna på MSB i Stockholm beslutade då att pausa insatsen och överväga alternativ.⁶⁷

Förtruppens uppgift blev nu att i dialog med WHO och MoH identifiera nya behov. Vid ett tidigt skede stod det klart att det fanns behov att stödja ETU:n MoD1, som låg i nära anslutning till den tilltänkta MoD2. MoH var ansvarigt för MoD1 där även sjukvårdspersonal från Kuba och AU skulle arbeta. Medan MSB beslutade att inte skicka ner den största delen av den personal som väntade i Stockholm fick ytterligare sex personer åka till Monrovia den 7 november för att ge stöd till MoD1. MSB-personal på plats hade också identifierat ett behov av stöd till MoH avseende rutiner för *triage* – en process för att sortera och prioritera patienter. Vid detta tillfälle rådde osäkerhet kring vad MSB:s övriga uppgifter skulle kunna bli. WHO efterfrågade fortfarande sjukvårdsstöd och enligt den befintliga responsplanen var endast 22 % av 2 732 planerade bäddar vid ETU:s på plats den 11 november.⁶⁸

⁶³ Intervju 5, 6, 7, 9, 11, 14, 19, 29.

⁶⁴ T.ex. intervju 14.

⁶⁵ Intervju 1, 17, 25.

⁶⁶ Bl.a. intervju 5, 6.

⁶⁷ Intervju 1, 2, 17.

⁶⁸ MSB (2014-11-24), *Hemställen FMT till Liberia – Beslutsperiod 1*, Dnr 2014-5004, s. 4.

Dessutom fanns det ingen tydlig bild av ebolautbrottets fortsatta utveckling och om den nedgång som skett var permanent.⁶⁹ Det rådde dock konsensus mellan MSB, WHO och MoH att MoD2 inte skulle behöva färdigställas som en ETU,⁷⁰ vilket kom att utgöra den viktigaste bakgrunden till att MSB sedan valde att inte skicka ner övrig personal.

4.2.1 Måluppfyllnad, resultat och relevans

Förtruppen som skickades ner nådde sina mål när det gällde att förbereda boende och kontorslokaler, på ett hotell väl beläget i förhållande till MoD2. I och med att uppdraget att driva MoD2 snabbt identifierades som överflödigt genomfördes inte de initialt planerade aktiviteterna i relation till att driva en ETU. Ett annat resultat var att förtruppen, genom att vara på plats, kunde förmedla aktuell information avseende behov, vilket ledde till att MSB beslutade att inte driva MoD2. Samtliga intervjuade ansåg att beslutet att inte driva MoD2 var helt korrekt och MSB erhöll mycket positiv återkoppling från både partners och insatspersonal som menade att det var ett ”modigt beslut” och att MSB visade prov på stor flexibilitet.⁷¹

Personal på plats kunde också börja arbetet med att identifiera nya behov och fastställa att MSB i stället skulle ge stöd till driften av MoD1 och dess internationella vårdpersonal – ett stöd som IHP-insatsen tidigare svarat för. Vidare skulle MSB-experter arbeta med MoH för att förbättra rutiner för triage.

4.3 Fas 3 – Ändrad insatsinriktning

I samband med att Core Team kom på plats i Monrovia erhöles alltså en betydligt bättre lägesbild, varefter MSB:s planer förändrades. I hemställen till Sida den 24 november 2014 förklarar MSB att de efter nedsändande av Core Team hade bidragit till att den ETU som MoH ansvarade för med stöd av sjukvårdspersonal från AU och Kuba (MoD1) hade kunnat öppna och på ett säkert sätt kunna bedriva vård av eboladrabbade personer. MSB hade också gett logistikstöd till andra ETU:s, bl.a. genom upprättande av kontor, omklädningsrum och vilorum för vårdpersonal, vilket var nödvändigt i den mycket krävande miljön. Vidare hade MSB:s experter tillhandahållit löpande teknisk rådgivning till MoH och WHO i syfte att skapa en effektiv responsplan för landet.⁷²

⁶⁹ Intervju 20.

⁷⁰ Intervju 17, 26.

⁷¹ Jmf med Onishi, Norimitsu (2015). Empty Ebola Clinics in Liberia Are Seen as Misstep in U.S. Relief Effort, in *NY Times*, 11 april 2015, nedladdad 8 maj 2015: <http://mobile.nytimes.com/2015/04/12/world/africa/idle-ebola-clinics-in-liberia-are-seen-as-misstep-in-us-relief-effort.html?smid=tw-share&r=2&referrer=%20>

⁷² MSB (2014-11-24), *Hemställen FMT till Liberia – Beslutsperiod 1*, Dnr 2014-5004, s.4-5

Enligt hemställan skulle MSB vid detta tillfälle vidare undersöka möjligheterna till ytterligare stöd inom följande områden:

- Upprätta och driva lokala utbildnings- och upplärningsplatser för sjukvårdspersonal i Liberia,
- Tillsammans med MoH och WHO skapa ett koncept för små rörliga ETU:s som kunde användas vid utbrott av ebola utanför Monrovia,
- Tillsammans med Folkhälsomyndigheten, MoH, UNICEF och WHO utreda om det fanns behov av utökad laboratoriekapacitet i Liberia,
- Tillsammans med Kriminalvårdsstyrelsen utreda om det fanns behov av smittskyddsstöd till kriminalvården i Liberia,
- Andra eventuella behov.

I hemställan till Sida framgick MSB:s intention att slå samman de pågående insatserna (IHP och den under regeringsuppdraget) med fortsatt sjukvårds- och logistikstöd åt det AU-kubanska sjukvårdsteamet i Monrovia. Det var också tydligt att MSB avsåg sända ut de resterande 16 i det svenska FMT:t för ett maximalt resursutnyttjande och på så vis skapa ett samlat svenskt stöd till Liberia.⁷³ Förväntade resultat till mitten av december 2014 var att Sveriges stöd skulle ha stärkt WHO:s och MoH:s insatser att bekämpa ebolaepidemin samt stärkt Liberias möjlighet att hantera nya ebolautbrott.⁷⁴

MSB anger här också indikatorer på resultat enligt följande: ”kontinuerligt och fungerande genomförande av beskrivna aktiviteter, MoH/WHO/UNMEER:s utbildningsbehov uppfylls, personal arbetar på ett säkert sätt, sjunkande dödlighet, klinisk statistik, samt genomförd överlämning av producerad dokumentation och utrustning och att denna var accepterad av mottagare.”⁷⁵

Utöver stödet till Liberia genomförde MSB den 12 november en rekognoseringsresa till Sierra Leone. Synen från MSB var att Sierra Leone var i större behov av ett svenskt FMT given att situationen i Liberia höll på att stabiliseras. WHO vidmakthöll dock sin uppfattning om att behoven i Sierra Leone var täckta och insisterade på att MSB skulle bibehålla sitt stöd i Liberia.

4.3.1 MSB:s stöd i Monrovia

När förtruppen och gruppen om sex personer hade kommit på plats, identifierades olika områden vilka MSB kunde ge stöd till. Detta skedde genom möten med partners där behov och MSB:s förmågor matchades. Nedan beskrivs först vilka

⁷³ Ibid. s.5-6

⁷⁴ Ibid.

⁷⁵ Ibid. s. 6

olika typer av stöd MSB:s verksamhet mynnade ut i. Därefter, i kapitel 4.3.2, beskrivs de huvudsakliga resultaten av det stöd som MSB gav.

4.3.1.1 Stöd till MoD1

När ytterligare MSB personal anlände till Monrovia påbörjades arbetet med att stödja MoD1. Situationen då, den 8 november 2014, var att ETU:n hade varit öppen i ungefär en vecka och börjat ta in ebolapatienter. Dock hade inte personalen från AU och Kuba börjat arbeta ännu. Uppfattningen om varför så var fallet skiljer sig åt mellan olika respondenter. Några menade att sjukvårdsteamet ansåg att arbetsmiljön var för osäker medan andra hänvisade till att de ännu inte hade gått den obligatoriska WHO-utbildningen som krävdes för att få arbeta i den så kallade *hot zone* (det vill säga ett område där ebolapatienter isolerades och behandlades).⁷⁶ Oavsett anledning sammanställde MoH, WHO och sjukvårdspersonalen från AU och Kuba tillsammans med MSB en lista med över 80 åtgärder för MoD1, grupperade efter prioritet.⁷⁷ När MSB-personalen hade kommit på plats framkom det att patienterna inte hade fått tillräckligt med vätska och situationen bedömdes som allvarlig. Sjukvårdspersonal från MSB tryckte då på för att införa ett temporärt intagningsstopp, för att möjliggöra implementering av åtgärdslistan. Tillsammans med MoH beslutades intagningsstopp söndag till torsdag (9-13 november) för att genomföra åtgärder som hade prioritet 1. Därefter skulle det ta ytterligare två veckor för resterande åtgärder, men vilka kunde göras med patienter närvarande. Denna tidsplan kunde hållas och på torsdagen efter att de mest prioriterade åtgärderna hade genomförts började sjukvårdsteamet från Kuba och AU vårda patienter i *hot zone* på MoD1.⁷⁸

MSB har fram till det att MoD1 stängde i mars 2015 gett stöd av olika karaktär. Detta stöd innefattade åtskilliga förbättringar av själva byggnationen på MoD1, förbättring av lagerhållningsrutiner, införandet av säkrare sjukvårdsrutiner och hjälpmedel för att dessa skulle fungera, utveckling av besöks-, begravnings- och utskrivningsprocedurer (för överlevare) samt förbättrad hantering av laboratorieprov. Stödet genomfördes på olika sätt. En central metod var att i princip alla olika liberianska ansvariga funktioner inom ETU:n fick ett individuellt expertstöd från MSB – en så kallad ”spegel”.⁷⁹ Därutöver genomförde MSB med stöd av en lokal byggfirma en rad konstruktionsrelaterade förbättringar och modifikationer på ETU:n. Enligt både MSB och deras partners var stödet inte alltid komplicerat, men inte desto mindre nödvändigt och innefattade t.ex. att utveckla system för att märka upp dunkar med olika klorinlösning, skapa en arbetsstation där sjuksköterskor kunde göra förberedande arbete så de inte behövde göra detta i *hot zone*, förse personal med bättre omklädningsrum och rengöringsmöjligheter,

⁷⁶ Intervju 5, 17, 28.

⁷⁷ Intervju 26.

⁷⁸ Intervju 8, 12, 17, 26.

⁷⁹ Intervju 6, 12, 17, 21, 23, 25, 27, 28.

förse patienter med kläder samt stärka upp markering och avgränsning mellan *hot* och *cold zone* (det vill säga det område som låg i anslutning till *hot zone* men som var sanerat och fritt från ebola).⁸⁰

MSB:s stöd innefattade också prefabricerade containrar som kunde användas som nedkylnings- och vilorum för sjukvårdspersonal samt kontor för ledningen på MoD1. Till följd av begränsat behov framkom det att dessa containrar till största del nyttjades som kontor och endast i begränsad utsträckning som vilorum för sjukvårdspersonal.⁸¹

4.3.1.2 Stöd till FMT från Kuba och AU

MSB tog över det tidigare IHP-uppdragets uppgift att, utöver stöd inom ramen för MoD1, stödja FMT:t från AU och Kuba med framför allt logistik och "intern" sjukvård. Det går inte att fastställa vilka resultat som kan härledas till IHP respektive MSB, men MSB bidrog med transport- och kommunikationsmöjligheter, ökad säkerhet för det kubanska boendet samt säkerställde att FMT-personalen fick den vård de behövde, bland annat genom att förenkla samarbetet med det amerikanska flygplatssjukhuset som var avsett för internationell sjukvårdspersonal.

4.3.1.3 Stöd till WHO:s träning av sjukvårdspersonal

MoD2 var redan delvis byggd som en ETU och i dialog med WHO framkom det att det fanns möjlighet att modifiera MoD2 för att utnyttjas som en övningsanläggning för så kallad *cold training*, det vill säga utbildning och övning utan närvaro av ebolasmittade patienter.⁸² Fram till nu hade sådan övning utförts i konferenslokalerna på ett hotell och att flytta övningsverksamheten gav ekonomiska besparingar då det var kostsamt att hyra in sig på hotellet. Framför allt fanns det ett mervärde att lokalisera utbildningen på MoD2 då det gav en realistisk miljö samt närhet till *hot training*, dvs. utbildningsdelen som skedde med smittade patienter, som kunde ske på intilliggande MoD1.

Det var WHO som anordnade och ledde utbildningen på MoD2. MSB bidrog med att rusta upp och anpassa MoD2 för utbildning samt två individer från MSB:s sjukvårdspersonal som löpande arbetade tillsammans med WHO:s personal. Dessa personers uppgifter var mestadels inriktade på att hjälpa till där det behövdes, vilket utöver vissa utbildningsinsatser oftast innefattade mer logistiska uppgifter vad gäller utbildning av internationell och nationell vårdpersonal. Därutöver kunde MSB-utbildarna överföra kunskap till vårdpersonal i MSB:s FMT inom ramen för både *hot* och *cold training*.

⁸⁰ Intervju 5, 6,12, 17, 28.

⁸¹ Intervju 21, 23, 25.

⁸² Intervju 1, 12, 17, 21.

4.3.1.4 Stöd till förbättrade triageprocesser

Av hemställan till Sida kan utläsas att en prioriterad uppgift för MSB var rådgivning till MoH avseende utvecklandet av den nationella responsplanen för triage.⁸³ Det var framförallt tre individer ur MSB:s FMT som arbetade med detta. Syftet var att öka lokala vårdinrättingars förmåga att identifiera ebolasmittade utan att riskera att andra patienter smittades. Då detta skedde i samband med att det blev klart att MSB:s FMT skulle driva en ETU i Greenville i Sinoe County (se nedan, kapitel 4.4) beslutades det också att MSB skulle pröva triagekonceptet där, i första hand genom utbildning av lokal vårdpersonal men även genom vissa infrastrukturella förbättringar vid några utvalda kliniker.⁸⁴

4.3.2 Måluppfyllnad, resultat och relevans

De liberianska motparterna såväl som MSB-personal och WHO framhöll MSB:s engagemang och professionalitet. MSB tog inte över beslutsfatarrollen utan fungerade som ett stöd i såväl logistik som medicinska frågor.⁸⁵ Att MSB initialt frågade vilka behov som de liberianska motparterna hade, snarare än att berätta för dem vad de skulle göra, ansågs vara mycket bra. Därutöver beskrevs MSB som en mycket flexibel partner som hade förmåga att anpassa sig efter ett ständigt förändrat behov. Stödet till MoD1 var relevant och förmodligen avgörande för hur ETU:n sedan fungerade. Stöd till WHO:s utbildning och rådgivning avseende triageprocedurer var också relevant, men inte på samma sätt avgörande arbetet kunde ha genomförts utan MSB:s stöd men tack vare MSB nåddes resultaten effektivare och snabbare. Representanter från det gemensamma FMT:t med personal från AU och Kuba uttryckte att MSB hade varit väldigt hjälpsamma och möjliggjort för FMT:t att kunna arbeta mer effektivt. Utöver dessa mål skulle MSB, enligt hemställan till Sida, stödja WHO med rådgivning samt ge logistiskt stöd till andra ETU:s. Det har i denna utvärdering inte gått att i detalj identifiera vad detta stöd bestod av eller vilka resultat som uppnåts.

Stödet till MoD1 fokuserade initialt på att implementera de åtgärder som identifierats för att göra ETU:n säker. MSB hade en framträdande roll i detta arbete som sannolikt var avgörande för att FMT:t från AU och Kuba kunde arbeta mer effektivt i ETU:n. Det löpande stöd som MSB gav efter denna initiala insats berörde såväl medicinska- som logistikfrågor. Utöver att en MSB-expert arbetade bredvid den liberianska läkare som var ansvarig för ETU:n bidrog MSB-experter med förbättrade rutiner och processer i personalplanering, lagerhållning, laboratorieprover, psykosociala frågor (inklusive begravnings-, utskrivnings- och besöksrutiner) samt många mindre frågor av logistisk- eller annan karaktär som

⁸³ MSB (2014-11-24), *Hemställan FMT till Liberia – Beslutsperiod 1*, Dnr 2014-5004, s. 4-5.

⁸⁴ Intervju 9, 17, 25, 26, 27.

⁸⁵ Intervju 6, 12, 17, 21, 23, 25, 27, 28.

förenklade driften av ETU:n. Stödet resulterade i att ETU:n kunde drivas mer professionellt och framför allt säkrare. En indikation på detta var att ingen av all den personal som arbetade vid ETU:n, såväl den internationella som den liberianska, smittades av ebola.⁸⁶ Tack vare MSB:s närvaro kunde vissa funktioner, såsom det psykosociala stödet, säkras. Genom stödet från bland andra den psykosociala experten och genusrådgivaren bidrog MSB med en kompetens som var begränsad i landet. Detta stöd gjorde stor skillnad för de som vårdades på MoD1, för anhöriga till avlidna och till personer som överlevt sjukdomen och ofta befann sig i farozonen att marginaliseras och behövde extra stöd.⁸⁷ Vidare bidrog det svenska stödet genom MSB till en bättre vård.⁸⁸ När MSB:s stöd initierades var dödligheten på MoD1 drygt 80 procent men sjönk därefter till 52 procent.⁸⁹ MSB drev på för att införa en aggressiv vätskebehandling där alla patienter fick dropp. MSB identifierade också att saltbalansen behövde åtgärdas och anordnade för att kaliumtabletter skickades ned till Liberia som alla patienter sedan behandlades med då det inte gick att överdosera kalium i tablettform. Dessa var enkla, men troligtvis viktiga, komponenter för att minska dödligheten på ETU:n. Därutöver bidrog MSB:s stöd till att förbättra omvårdnaden för patienterna och det blev en värdigare tillvaro för de som var sjuka. MSB:s rådgivning ledde till att vårdpersonal besökte patienter i *hot zone* i mixade team bestående av läkare, vårdare och hygienister. Genom förbättrade rutiner och säkerhet samt att MSB och annan internationell personal vistades med de smittade minskade rädslan också bland den lokala personalen. Från att ha varit med patienterna högst en gång per dag blev det rutin att vårdpersonal arbetade i *hot zone* minst fem gånger om dagen.⁹⁰ Från WHO:s sida framhölls att MSB:s stöd resulterade i att vårdpersonalens beteende förändrades och att framförallt förebyggande åtgärder blev praxis bland den personal som arbetade nära MSB. Både MoH och WHO framhöll att kvaliteten på MSB:s materiella bidrag höll särskilt bra standard och att detta gav ett mervärde.⁹¹

De liberianska motparterna framhöll som särskilt viktigt att MSB kunde bidra med ett helt koncept som innefattade både logistik- och medicinskt stöd, att de fick stödet när det behövdes som mest samt att stödet resulterade i en organisationsförbättring som inkluderade bättre logistik men också kategorisering av personal, rutiner för hur dessa skulle arbeta och skapandet av blandade team där läkare, andra sjukvårdare och hygienister gick in till patienterna tillsammans istället för vid separata tillfällen som tidigare hade varit fallet.⁹²

⁸⁶ Intervju 6, 8, 12, 17, 28.

⁸⁷ Intervju 12, 17.

⁸⁸ Intervju 6, 12, 28.

⁸⁹ Intervju 28.

⁹⁰ Intervju 28.

⁹¹ Intervju 9.

⁹² Intervju 12, 28.

De liberianska motparterna påpekade att MSB hade skickat experter inom olika områden och att alla dessa hade haft inställningen att ge stöd snarare än att ta över. Detta bedöms vara ett resultat av dels tydlig styrning från insatsens ledning, dels av att MSB-personal har vana av att arbeta i enlighet med dessa principer. Samtidigt hade MSB inte dragit sig för att identifiera förbättringspotential, och uppmärksamma den liberianska MoD1-ledningen när sådan fanns.⁹³ Både MoH och WHO framhöll att MSB inte bara gav råd utan att de också fick saker gjorda, ofta proaktivt.⁹⁴ WHO framhöll vidare att MSB var en partner som vågade uttrycka de saker som ingen ville höra och som tog tag i frågor som var svåra och omfattande. Personal från MSB beskrev rollen som stödjande part som fungerande men till viss del även svårarbetad. Det som uppfattades som tungt var att de metoder och processer som de liberianska motparterna använde inte alltid betraktades som effektiva.⁹⁵

Gällande stöd till utbildning påpekade WHO, som var ansvarig för denna verksamhet, att MSB var en uppskattad partner som beskrevs som "ovärderlig" avseende materiel support. Initialt uppfattades MSB som problematiska då de t.ex. menade att MSB-personalen inte behövde gå WHO-utbildningen. WHO rekommenderade utbildningen men MSB ansåg att personalen redan hade fått adekvat utbildning i Sverige. Det dröjde dock inte länge förrän MSB insåg att också WHO-utbildningen var nödvändig.⁹⁶ Relationen mellan MSB och WHO blev snabbt bättre i och med att de personliga relationerna förbättrades och vissa individer inom MSB beskrevs som "fantastiska" och framförallt väldigt empatiska och med en god förmåga att arbeta med lokal personal.⁹⁷ En intervjuad menade att MSB:s korta rotationer försvårade relationsbyggnad.⁹⁸

Att MSB möjliggjorde flytten av utbildning från möteslokaler på hotell till MoD2 resulterade i kostnadsbesparingar för WHO och MoH. Omlokaliseringen till MoD2 resulterade i en effektivare träning då den kunde genomföras på en ETU och där både de teoretiska och skarpa momenten kunde genomföras. Från MoH beskrevs detta stöd som utmärkt och mycket värdefullt. WHO konstaterade att utan MSB:s stöd skulle utbildningen ha tagit längre tid och varit av sämre kvalitet, inte minst var MSB:s materiella stöd viktigt. De två individer som bidrog med utbildningskapacitet var värdefulla för utbildningen i stort och därutöver utbildade de all sjukvårdspersonal från MSB, vilket frigjorde kapacitet för WHO att utbilda andra. Utbildningen på MoD2 omfattade som mest 120 individer varje vecka. Trots att arbetsbelastningen bitvis var hög uppfattades MSB som pålitliga och

⁹³ Intervju 6, 9.

⁹⁴ Intervju 11, 12.

⁹⁵ Intervju 8

⁹⁶ Intervju 5, 11. Behovet av WHO-utbildningen är något som bekräftas av majoriteten av den svenska sjukvårdspersonalen.

⁹⁷ Intervju 5, 11.

⁹⁸ Intervju 11.

lyhörda för behov.⁹⁹ Därutöver framhölls att MSB hade en blandad grupp både avseende kompetenser och kön, vilket var värdefullt.

Stödet till MoH för triageprocesser bestod av rådgivning men det är inte helt klart exakt vad MSB:s experter hade bidragit med. Enligt experterna själva uppfattades deras råd som relevanta och triagerutinerna förändrades i enlighet med dessa, dock finns inte de förändringsförslag som gavs dokumenterade.

4.4 Fas 4 – MSB:s stöd utvidgas till landsbygden

I en hemställan till Sida från december 2014 sammanfattades MSB:s verksamhet för kommande beslutsperiod 2 (dvs. fram till februari 2015) till följande:¹⁰⁰

- Stöd till MoD 1
- Träning i MoD 2
- Sjukvård för egen MSB-personal (Det rådde dock osäkerhet om denna skulle utvecklas för att omfatta en större grupp aktörer eller avvecklas om det amerikanska flygplatssjukhuset hade tillräcklig kapacitet att täcka detta behov)
- Rapid response
- Drift av ETU i Greenville, Sinoe County

Under samma period specificerades följande utredningar för eventuellt utökat stöd:¹⁰¹

- Stöd till sjukhuset i Greenville
- Stöd till ”Community Health Centers” i Sinoe County
- Stöd till smittspårning
- Stöd till managementutbildning för hälso- och sjukvårdspersonal

Därutöver angavs att WHO hade gjort en förfrågan avseende MSB:s möjlighet att göra en rekognosering för temporärt sjukvårdsstöd till Sierra Leone.¹⁰² Det

⁹⁹ Intervju 11

¹⁰⁰ MSB (2014-12-18), *Hemställan FMT till Liberia – Beslutsperiod 2*, Dnr 2014-5004, s.5

¹⁰¹ Ibid.

¹⁰² MSB (2014-12-18), *Hemställan FMT till Liberia – Beslutsperiod 2*, Dnr 2014-5004, s.5. MSB och Sida hade kommit överens om att en sådan temporär insats skulle behandlas i en separat hemställan och denna del av MSB:s stöd är inte innefattad av denna utvärdering.

framgick att MSB hade avslutat undersökningen avseende stöd till kriminalvården och stöd till laboratorieförmåga hade satts på väntläge.

I hemställan till Sida kan utläsas att den ”internationella humanitära responsen i Liberia är fortsatt till viss del bristfälligt koordinerad och många internationella organisationer håller fast vid aktivitetsplanen från september trots att behovet har ändrats” och vidare att detta resulterade i att stödet i delar var ineffektivt.¹⁰³ Personal från MSB som var på plats beskrev situationen som att väldigt många aktörer hade kommit till Liberia vid samma tidpunkt men att detta hade sammanfallit med ett sjunkande behov. Resultatet blev att många organisationer var närvarande men sysslösa;¹⁰⁴ MSF, Röda korset och MSB lyfts dock fram av MoH och WHO som undantag, med hänsyn till att de flexibelt kunnat anpassa sin verksamhet efter behov.¹⁰⁵

4.4.1 Insatsens utveckling

Under den andra halvan av november 2014 hade situationen i Monrovia stabiliserats och MoH riktade om sitt fokus till att utöka kapacitet att hantera ebola i andra delar av landet. Primärt skulle detta uppnås genom att fullfölja den nationella responsplanen som innebar att färdigställa och bemanna ETU:s i landets olika provinser. MSB hade vid denna tidpunkt ett till stor del outnyttjat FMT på plats i Monrovia och bristen på arbetsuppgifter påverkade delar av personalen negativt. Därutöver var det politiska trycket på MSB stort och inte minst USA letade efter partners som kunde bemanna de ETU:s som man finansierade byggnationen av. I diskussion med WHO, MoH och andra partners tog MSB på sig att bemanna en ETU i Greenville, Sinoe County, i sydöstra delen av Liberia. USAID, som var ansvariga för att bygga ETU:n i Greenville, gjorde en formell förfrågan till MSB den 19 november 2014. Möjligheterna att ta sig till Greenville var dock märkbart begränsade. När MSB fyra dagar senare gjorde sin första (och enda) rekognoseringsresa till Greenville varade den därför endast i några timmar. Den 26 november åkte ett första team om 10 personer till Greenville för att arbeta med triagerutiner och förbereda inför att ett fullständigt FMT skulle arbeta i ETU:n.¹⁰⁶

Vid denna tidpunkt var Sinoe County ebolafritt och ETU:n var fortfarande under uppbyggnad. MSB fick utfästelser av USAID att den skulle vara klar den 10 december 2014. MSB planerade för att personal skulle skickas ner och gå den

¹⁰³ MSB (2014-12-18), *Förfrågan om stöd till insats*, Dnr 2014-5004, s. 3-4

¹⁰⁴ Intervju 26, 27.

¹⁰⁵ MSB (2014-12-18), *Förfrågan om stöd till insats*, Dnr 2014-5004, s. 3-4

¹⁰⁶ Intervju 17, 26, 27, 29.

obligatoriska WHO-utbildningen i Monrovia, för att sedan vara redo att bemanna ETU:n i Greenville i samband med dess färdigställande.¹⁰⁷

Den första personalen som kom till Greenville levde under mycket enkla förhållanden. Det hus som användes hade ingen kyl och inget rinnande vatten vilket påverkade möjligheterna att hålla hygien och säker mathållning. Just matfrågan upplevdes av delar av personalen som problematisk och som krävande av mycket energi för personalen att lösa.¹⁰⁸ Säkerhet var en annan utmaning och MSB hade inbrott i det hus som personalen bodde i. Därutöver låg detta hus mellan 50 och 100 meter från Greenvilles sjukhus. Sjukhuset hade ett bristfälligt tält som avsågs användas för att isolera eventuella ebolasmittade och som bland annat saknade dränage. Enligt många var detta tält direkt farligt för de sjuka och för personalen som jobbade där, men också för MSB-personal som bodde nära.¹⁰⁹

Ganska snart blev det tydligt att det fanns många utmaningar med hur ETU:n skulle fungera. ETU:n konstruerades för 100 sängplatser men även om all vårdpersonal i Sinoe County skulle ha arbetat där skulle det inte vara tillräckligt för att driva den. Dessutom låg den cirka 40 minuter med bil från sjukhuset och centrala Greenville vilket var en stor nackdel då det troligen skulle försvåra eller omöjliggöra för sjuka patienter att vända sig dit.¹¹⁰

En ytterligare utmaning rörde medicinsk evakuering. Försvarmaktens flyg, som var den lösning som skulle användas för att evakuera personal till Sverige från Monrovia, kunde inte landa i Greenville. MSB hade fått muntliga garantier att t.ex. MSF eller FN:s fredsfrämjande insats UNMIL skulle göra sitt yttersta för att bistå MSB med helikopterevakuering men det fanns inga garantier, också eftersom Greenville ofta var dimmigt vilket försvårade för helikoptrar att landa.¹¹¹ Det var möjligt att evakuera med bil men det skulle ta minst åtta timmar att köra till Monrovia och mycket längre tid under regnperioden eller om andra hinder med vägar och liknande förelåg. Dessutom har det funnits varierande uppfattningar om hur påfrestande för hälsan en bilevakuering skulle vara. Ett resultat av den oklara evakueringssituationen var att MSB beslutade att MSB-personal inte fick vistas i *hot zone*, utan skulle ge råd till liberiansk personal som skulle utföra själva vården.

Det blev rätt snart tydligt att ETU:n inte skulle bli klar till den 10 december. Från WHO och USA:s sida var dock budskapet att ETU:n skulle färdigställas och därefter bemannas av MSB tydligt. Osäkerheten kring färdigställandet och användbarheten av ETU:n i Greenville sammanföll därutöver med att WHO inkom med en förfrågan till MSB om stöd till Sierra Leone. MSB svarade på denna förfrågan med att genomföra en andra rekognoseringsresa och sedermera med att

¹⁰⁷ Intervju 1, 2, 17, 19, 27, 29.

¹⁰⁸ Intervju 27, 30.

¹⁰⁹ Intervju 1, 22, 25, 27, 30.

¹¹⁰ Intervju 27, 30.

¹¹¹ Intervju 10.

omplacera fyra personer ur insatspersonalen från Liberia till Port Loko i västra Sierra Leone.¹¹² Det faktum att ETU:n inte var klar gjorde också att MSB inte skickade all tilltänkt vårdpersonal till Greenville utan höll kvar dem i Monrovia medan man övervägde olika alternativ, i första hand huruvida man skulle rikta om stödet till Sierra Leone.¹¹³

4.4.1.1 Ebola bryter ut i Sinoe County

I samband med att MSB alltmer förberedde sig på att omrikta sitt stöd till Sierra Leone skedde ett utbrott av ebola i Sinoe County. Initialt upptäcktes fyra fall och sedan ytterligare ett. Den första prognosen handlade om 15-20 smittade. Det stod klart att sjukhusets förmåga att isolera och vårda var otillräcklig samt att det inte fanns en rimlig möjlighet att färdigställa ETU:n. Efter påtryckningar från MSB-personal beslutades att implementera det så kallade *Rapid Isolation and Treatment of Ebola* (RITE)-konceptet.¹¹⁴ På en vecka fraktade MSB materiel till Greenville och konstruerade en "mini-ETU". I detta arbete fick MSB under några dagar, mycket tack vare personliga kontakter mellan MSB- och MSF-personal, stöd av tre individer från MSF som flögs ner till Sinoe. Personerna från MSF hade en viktig roll i både konstruktionen av mini-ETU:n och vårdandet av patienter. Behovet av detta stöd var särskilt viktigt då MSB insåg att alla MSB:s läkare (utom en) nyligen hade gått WHO-kursen i *hot zone* och därmed potentiellt varit utsatta för smitta. På grund av bristande evakueringsmöjligheter från Sinoe County skickades dessa läkare därför tillbaka till Monrovia.¹¹⁵ Kvarvarande personal använde provinsens ambulans för att flytta patienter från sjukhuset till den nybyggda mini-ETU:n och slutligen överlevde tre av de fem smittade.

En annan viktig uppgift som MSB deltog i till viss del var spårningsarbete av personer som kunde ha varit i kontakt med de ebolasmittade, så kallad *contact tracing*. Totalt 20 kontakter identifierades och hölls under bevakning.¹¹⁶ Runt årsskiftet 2014/2015 hade karenstiden för dessa individer gått ut och Sinoe County förklarades åter igen ebolafritt. Vid denna tidpunkt var MSB:s intention fortfarande att driva den större ETU som fortfarande konstruerades.¹¹⁷ I mitten av januari, då ETU:n fortfarande inte var färdigbyggd, beslutade MSB att dra sig ur ansvaret att driva den stora ETU:n och istället hantera eventuella ebolafall med att använda mini-ETU:n som inte hade tagits ned. På grund av ebolautbrottet i Sinoe County hade MSB också avskrivit möjligheterna att ytterligare omfördela sitt stöd från Liberia till Sierra Leone.

¹¹² Intervju 1, 2, 8.

¹¹³ Intervju 17.

¹¹⁴ Intervju 1, 2, 25, 29, 30.

¹¹⁵ Intervju 22, 27, 29, 30.

¹¹⁶ Intervju 30.

¹¹⁷ Intervju 24, MSB (2014-12-18), *Hemställan FMT till Liberia – Beslutsperiod 2*, Dnr 2014-5004, s. 5.

4.4.1.2 MSB fokuserar på att stödja lokal kapacitet att hantera ebola i Sinoe

Från december 2014 till februari 2015 arbetade MSB med att förbättra två primärvårdsinrättningar (eng. *community health centres*, CHC) i Sinoe County.¹¹⁸ Därutöver beslutades att MSB skulle förbättra laboratoriefaciliteten samt triage- och isoleringsmöjligheterna på sjukhuset i Greenville.¹¹⁹ Detta projekt utvidgades i februari till att MSB skulle ge stöd till ytterligare 10 CHC i Sinoe County, ett projekt som skulle sträcka sig till slutet av 2015 (se kapitel 4.5).¹²⁰

I sitt stöd till att bygga upp en laboratorieförmåga på sjukhuset i Greenville renoverade MSB ytorna för laboratoriet och bistod sjukhuset med utrustning. MSB utbildade sjukvårdspersonal vid både sjukhuset och hälsokliniker i triage och isolering. Vidare bistod MSB i att installera belysning och rinnande vatten på klinikerna, vitala förutsättningar för att kunna ge en basal vård, inklusive av ebolasjuka. Utbildningen innefattade såväl direkt vård som säker hantering av personlig skyddsutrustning (*personal protective equipment*, PPE) och annat avfall. Därutöver utrustade MSB två kliniker med satellittelefoner i syfte att möjliggöra kommunikation med sjukhuset vid fall av misstänkt ebola.

4.4.2 Måluppfyllnad, resultat och relevans

MSB:s arbete i Sinoe County under december 2014 är ett av myndighetens mest avgörande bidrag till att stoppa spridningen av ebola. MSB erkändes av partners för att ha tagit ansvar för att driva en ETU i en svårtillgänglig och svårarbetad provins som få andra organisationer var villiga att ta sig an.¹²¹ Detta var särskilt uppskattat av MoH som underströk MSB:s flexibilitet. MSB:s snabba agerande och beslut att implementera RITE-konceptet; det skyndsamma färdigställandet av en mini-ETU; förmåga att säkra stöd från MSF av relevant kompetens; samt relevanta beslut avseende vården av patienter var troligen starkt bidragande faktorer till att ebolautbrottet i Greenville kunde begränsas.¹²²

Att MSB valde att flytta ebolasmittade patienter från sjukhuset till mini-ETU:n och att dessa två individer överlevde var viktigt inte bara ur vårdsynpunkt utan också ur ett förtroendeperspektiv.¹²³ Det kan inte uteslutas att MSB:s insats bidrog till ett ökat förtroende för vårdmöjligheterna vilket i sin tur kan ha underlättat arbetet med *contact tracing*.

¹¹⁸ MSB (2015-02-18), *Förfrågan om stöd till insats*, Dnr 2015-490.

¹¹⁹ Ibid.

¹²⁰ Ibid.

¹²¹ Intervju 5, 6, 9, 18.

¹²² Intervju 3, 4, 6, 9, 17, 30, 32, m.fl.

¹²³ Intervju 4.

Avseende arbetet med den planerade ETU:n som sedermera aldrig färdigställdes har det av vissa lyfts fram att MSB inte var helt lätta att arbeta med och ställde många krav på ändringar. Även om kraven inte var orimliga skapade det mycket bekymmer för konstruktionsprocessen då denna organiserades genom av USA kontrakterade organisationer vars avtal var byråkratiskt krångliga att ändra.¹²⁴ I slutändan kan, men det kunde inte med säkerhet styrkas, detta ha bidragit till den utdragna konstruktionsprocessen. Experter hos MSB menade dock att ändringarna var ett krav för att ETU:n skulle vara säkra och att ritningarna inte var tillfredsställande avseende exempelvis dränage och flödesschema.¹²⁵ Aktörer i Monrovia bekräftade att MSB inte var den enda aktören som ville ändra i de planritningar som tillhörde USAID.

Koordinerande aktörer i Monrovia framhöll att MSB i detta skede av insatsen var krävande i diskussioner om medicinsk evakuering. ETU:n var ännu inte färdigställd och MSB uppfattades som otydliga i sina åtaganden och i sin kommunikation; den ena dagen skulle MSB ta ansvar för Sinoe County medan de nästa dag inte längre skulle vara kvar där. Från MSB:s perspektiv var detta nödvändigt för att få evakueringsstöd från WHO.

MSB:s liberianska partners ansåg att MSB hade varit tydliga med att kommunicera vad de kunde och vad de inte kunde göra avseende ETU:n.¹²⁶ Kommunikationen försvårades dock av att MSB mellan början av december 2014 och början av januari 2015 av olika skäl hade fyra olika Team Leaders (varav en tillförordnad) och det fanns olika syn på exakt vad dessa olika individer avgav för muntliga löften till MSB:s partners. En kraftigt försvårande faktor var att MSB inte kunde anställa och avlöna lokal personal, det vill säga de som behövde genomföra den faktiska vården och allt annat som var relaterat till *hot zone*. Medan lönerna för den lokala personalen skulle utbetalas av MoH, skulle MSB (liksom alla andra som drev ETU:s) ansvara för utbetalning av risktillägg (*hazard pay*). En utmaning var att det inte fanns korrekta personalförteckningar eller fastställda utbetalningsnivåer. En allvarlig incident inträffade i Greenville när lokal personal, i första hand unga män, visade sin frustration genom att hota personal från MSB med bl.a. machetes. Situationen beskrevs av personal som varit på plats som väldigt hotfull och skrämmande.¹²⁷ Kring årsskiftet valde MSB att betala en extra ekonomisk ersättning till lokal personal som hade arbetat för MoH och därmed bistått MSB i Greenville.¹²⁸

Vid sidan om den direkta hanteringen av ebolautbrottet arbetade MSB med att, ur ett ebolahanteringsperspektiv, stärka den lokala sjukvården. Genom MSB:s insats ökade den lokala förmågan att identifiera och hantera misstänkta ebolasmittade

¹²⁴ Intervju 5, 18.

¹²⁵ Intervju 17, 30.

¹²⁶ Intervju 6.

¹²⁷ Intervju 22, 25, 30, 32.

¹²⁸ Intervju 24, 27, 29.

och många kliniker fick också förbättrad kunskap om säkra isoleringsmetoder. Allt detta stöd ansågs av många respondenter ha varit relevant och baserat på medicinska behov.¹²⁹ Dock ifrågasatte vissa respondenter prioriteringen och genomförandet och hänvisade till att den tekniska kompetensen att utnyttja och underhålla laboratoriet var bristfällig samt att det var svårt att köpa reservdelar om något gick sönder (bl.a. upptäcktes ett rum på sjukhuset med till stor del outnyttjad och till stor del förfallen gammal laboratorieutrustning).¹³⁰ Likaså var satellittelefonerna både dyra att köpa in och använda. Medan MSB skulle stå för relaterade kostnader under 2015 fanns det i mars 2015 inte en plan för hur dessa kostnader skulle täckas därefter (efter utvärderingens avslut ersattes satellittelefonerna med radiokommunikation).

Samtidigt som händelseutvecklingen i Greenville, framförallt i december 2014, var väldigt dynamisk och krävande fortgick MSB:s stöd till MoD1 och MoD2 i Monrovia. Stödet under denna tid karaktäriserades i första hand av löpande stöd och förbättringar på dessa anläggningar.¹³¹ I december hade alla åtgärder på den initiala krislistan genomförts och ebolautvecklingen var under kontroll. MSB valde också att skicka fyra individer ur FMT:t till Sierra Leone.¹³²

4.5 Fas 5 – Avveckling av FMT och övergång till katastrofriskreducerande arbete¹³³

Enligt WHO rapporterades under den första veckan i februari 2015 fem fall av ebola i Liberia, 80 i Sierra Leone och 39 i Guinea.¹³⁴ Då detta var en drastisk minskning av antalet ebolafall i Liberia uttryckte en person på MSB att ”det svårt att rättfärdiga en fortsatt närvaro av det svenska FMT:t”.¹³⁵ MoH fastställde tidpunkter för när MoD1 och MoD2 skulle avvecklas, och baserat på detta beslutade MSB att avveckla sitt FMT men att de fortsatt skulle bistå MoH med nedmontering och sanering av MoD1 och MoD2 samt att flytta över viss materiel till den anläggning, SKD, som drevs av tyska armén och tyska Röda korset. Vidare skulle MSB dra tillbaka sin beredskap från Sinoe County där fokus istället skulle vara att utveckla DRR genom att öka den lokala förmågan att hantera ebola.¹³⁶

¹²⁹ Intervju 22, 27

¹³⁰ Intervju 30, 32.

¹³¹ Intervju 21, 28.

¹³² MSB:s stöd till Sierra Leone har avgränsats bort i denna utvärdering. Ett antal respondenter har dock uttryckt att de kände att organisationen var splittrad och ofokuserad vilket förmodligen har fått konsekvenser för insatsen i Liberia. Detta diskuteras närmare i kapitel 5.

¹³³ I detta avsnitt beskrivs endast aktiviteter och resultat partialt då delar av uppdraget beräknas pågå till slutet av 2015.

¹³⁴ Sveriges Radio (2015), *Dagens Eko*, 2015-02-09 kl. 16:45.

¹³⁵ Intervju 17.

¹³⁶ Intervju 1, 2, 12, 17.

I hemställan till Sida från februari framgår att MSB, utöver att färdigställa stödet till de två första ”pilot-klinikerna”, skulle stödja ytterligare 10 hälsokliniker i Sinoe County. Sammanfattat skulle detta stöd innefatta:¹³⁷

- Utbildning i ebolatriage och praktiskt agerande, inklusive isoleringsmetoder vid misstänkta ebolafall och andra virusjukdomar
- Att säkerställa fysiska triage- och isoleringsmöjligheter
- Att förbättra hantering av farligt avfall och hygienrutiner
- Stöd till att kommunicera med sjukhuset i Greenville

I hemställan framgår också att utbildningsstödet skulle innefatta särskilda rutiner för gravida och barn som behövde isoleras utan tillgång till vårdnadshavare.¹³⁸

4.5.1 Insatsens utveckling

MoD1 kunde stänga när inga fler patienter togs in och när de sista fallen under observation kunde skrivas ut, efter en inkubationstid på 21 dagar. MoH informerade MSB att ETU:n skulle vara helt patientfri den 25 februari 2014 och att MSB då skulle kunna påbörja dess nedmontering. Detta skulle vara en relativt krävande process då all utrustning som hade varit i *hot zone* behövde saneras, till stor del genom att brännas. Då övningsverksamheten vid MoD2 hade avslutats och utrustningen där inte behövde saneras, var nedmonteringen av MoD2 klar redan i slutet av februari. Hanteringen av använd materiel skilde sig åt – viss materiel skänktes medan annan magasinerades för att kunna återanvändas vid ett senare tillfälle.

Vad gäller MoD1 beslutade MoH att tre dagar efter det initiala intagningsstoppet ändå ta in 10 nya patienter varav två hade bekräftad ebola. Personerna var kända som kriminella och varken FMT:t från AU och Kuba eller MSB ansåg att MoH kunde garantera säkerheten på ETU:n. Man lämnade därför MoD1 temporärt och överlät ansvaret till den liberianska sjukvårdspersonalen att vårda de två smittade och observera övriga åtta individer. Efter några dagar då MSB hade haft diskussioner med både MoH och WHO kom de tillbaka för att fortsätta nedmonteringen av MoD2 och MSB åtog sig att planera och utföra nedmonteringen av MoD1 med start den 28 februari. I slutet av februari beslutade MoH att MoD1 skulle förbli öppet också under mars varpå MSB avsåg sig nedmonteringsansvaret.¹³⁹ En extern respondent beskrev situationen som att det var befogat att MSB drog sig tillbaka då säkerheten på MoD var bristfällig i samband med att MoH hade skalat ner på personalstyrkan och tagit bort vissa

¹³⁷ MSB (2015-02-18), *Förfrågan om stöd till insats*, Dnr 2015-490.

¹³⁸ *Ibid.* s. 5.

¹³⁹ Intervju 12, 17.

staket medan en annan respondent menade att MSB kunde ha kommunicerat bättre sina avsikter och farhågor till den liberianska personalen på MoD1.¹⁴⁰

I början av mars 2014 hade all medicinsk personal från MSB, med undantag av en sjuksköterska i Greenville, lämnat Liberia. Det team som var kvar hade avslutat nedmonteringen av MoD2 och påbörjat nedmonteringen av materiel i *cold zone* på MoD1. Några ur personalen skulle vidare till Greenville för att avsluta pilotfasen av stödet till CHC i Sinoe County och invänta teamet som hade i uppgift att genomföra stödet till ytterligare 10 kliniker.

4.5.2 Måluppfyllnad, resultat och relevans

Beslutet att avveckla sitt FMT kom från MSB. Partners beskrev det som ett rimligt beslut givet den rådande ebolasituationen, även om man såg ett fortsatt behov av stöd.¹⁴¹ Uppfattningen var att MoH och WHO hade varit så upptagna av att stoppa utbrottet, vilket nu var uppnått, att de inte hade mäktat med att kommunicera behov av stöd för att säkerställa förmågan att hantera nya ebolautbrott.¹⁴² Liksom tidigare beskrevs MSB som en partner som tog ansvar och sökte att fylla behov även i detta skede. När MoH letade efter en partner som kunde genomföra nedmonteringen¹⁴³ gjorde sig MSB tillgängliga och åtog sig detta uppdrag.¹⁴⁴ Att MoH sedan tog in nya patienter och därmed ändrade tidsplaneringen för detta uppdrag först med tre dagar och sedan med ytterligare en månad beskrivs av partners som att ha skapat viss frustration hos MSB som därför inte visade sin vanliga flexibilitet.¹⁴⁵ En respondent uttryckte det som att MoH ständigt kom med nya bud och ofta saker som inte var särskilt genomtänkta, exempelvis som att ändra MoD till att bli en tillfällig klinik för vanlig vård. Det upplevdes bland vissa som att Liberias regering gärna ville att de humanitära aktörerna på plats skulle stanna även efter den mest akuta ebolaresponsfasen var över.¹⁴⁶ MoH hade i början av mars ingen alternativ partner som kunde genomföra nedmonteringen av MoD1 och önskade fortfarande att MSB skulle stanna.¹⁴⁷ En partner beskrev MSB i detta skede som mer intresserade av att avsluta stödet i Monrovia för att kunna ta hem den nuvarande personalen och sedan fokusera på Sinoe County.¹⁴⁸ Utvärderingens sammantagna bedömning är att MSB:s agerande var rimligt men att kommunikationen till MoH vid detta tillfälle kunde ha varit tydligare samt att det

¹⁴⁰ Intervju 5, 12.

¹⁴¹ Intervju 6, 9.

¹⁴² Intervju 6, 9.

¹⁴³ Eng. decommissioning.

¹⁴⁴ Intervju 6

¹⁴⁵ Intervju 5, 6, 9, 12.

¹⁴⁶ Intervju 13

¹⁴⁷ Intervju 12.

¹⁴⁸ Intervju 12.

skulle ha underlättat för MSB om det hade funnits tydliga mål och kriterier för exit.

Nedmonteringen av MoD2 gick relativt smidigt. Dock skedde viss överlämning av materiel utan någon förutbestämd strategi, och istället gavs överbliven utrustning till intresserade partners.¹⁴⁹ Detta förfarande riskerade att materiel inte nyttjades på sikt; exempelvis skänktes en tvättmaskin från MoD på ett sjukhus som inte hade rinnande vatten.¹⁵⁰ En faktor som försvarade överlämning av materiel var att MSB hade fått motta utrustning från EU som i slutändan aldrig behövde användas.

I Sinoe County skiftade verksamheten till DRR-fokus och förberedelser för ebolavård, genom MoH:s RITE-koncept med snabb isolering och vård. MSB beskrevs som en av de aktörer som var först ut med denna arbetsmodell.¹⁵¹ MSB:s ändrade verksamhetsfokus upplevdes som vägledande och arbetsmodellen som en så kallad exit strategi för ETU-konceptet som nu också andra partners började eller uttryckte avsikt att börja arbeta med. Från mars blev RITE den huvudsakliga metoden för ebolarespons i Liberia.¹⁵² Fokus på DRR beskrevs också som mycket viktigt eftersom den bidrog till att stärka det ordinarie vårdsystemet, som till stora delar hade varit utslaget under flera månader.¹⁵³

När denna rapport färdigställdes var det för tidigt att säga något om resultaten av den verksamhet MSB genomförde i Sinoe County avseende DRR. Medan målbilden under det pågående ebolautbrottet var relativt lättdefinierad – isolera smittade, rädda liv och skydda allmänheten – var det svårare att definiera behov och prioriteringar för tidig återuppbyggnad av hälsosektorn, också för att uppnå maximal nytta och bärkraft.¹⁵⁴ Det går dock att konstatera att det sjukhus och de kliniker som MSB har stött har förbättrats ändamålsenligt då grundläggande behov för vård har uppfyllts – exempelvis tillgång till el och belysning via solceller, rinnande vatten, bättre hygienfaciliteter, relevant utbildning samt möjligheter för att kunna triagera och isolera misstänkta ebolafall.¹⁵⁵ Vissa respondenter ifrågasatte hur hållbara och kostnadseffektiva lösningar som satellittelefoner (sedermera utbytta till radiokommunikation) och laboratoriet på sjukhuset var medan andra respondenter vittnar om att stödet var efterfrågat och att MSB arbetade metodiskt och identifierade kliniker som hade förutsättningar att upprätthålla den nya standarden.¹⁵⁶ En förbättring som alla respondenter ansåg

¹⁴⁹ Intervju 5, 35.

¹⁵⁰ Intervju 5.

¹⁵¹ Intervju 9, 17, 18.

¹⁵² Intervju 9, 18.

¹⁵³ Det finns inga bekräftade uppgifter men preliminära undersökningar visar att kollapsen av det ordinarie hälsosystemet har orsakat mångfaldigt fler dödsfall än Ebola i sig, upp till tre döda för varje person som har dött i Ebola. Källa: Seminarium den 9 april 2015 på KI: *Foreign Medical Teams response to the West African Ebola Outbreak; was the world good enough?*

¹⁵⁴ Intervju 11, 32.

¹⁵⁵ Intervju 13, 22, 25, 27, 29, 30, 32.

¹⁵⁶ Intervju 13, 15, 22, 30.

vara särskilt viktig var kunskapsöverföring genom utbildning av lokal vårdpersonal.

4.6 Jämställdhets- och miljöintegrering

Till Sida angav MSB att jämställdhetsaspekter skulle vägas in i såväl planering som genomförandefasen av insatsen. Exempelvis var det prioriterat att få till en bra genderbalans i teamsammansättningen och i anställningen av lokalanställda.¹⁵⁷ MSB uppgav att insatsen skulle ha en genusrådgivare på plats i Liberia.¹⁵⁸ I hemställan till Sida i december angav MSB vidare att insatsen löpande skulle genomföra en kontextanalys av ebolasituationen i Liberia ur ett genusperspektiv, och att denna skulle användas som stöd i utformandet av arbetet. Vidare skulle såväl MSB:s egen insatspersonal och samarbetspartners såsom MoH få löpande stöd i genusfrågor av MSB:s genusexpert.

I hemställan informerade MSB om att det under föreliggande period genomförts en genusutbildning för medlemmarna i det psykosociala team som var anställda av MoH och jobbade på MoD1 i Monrovia. Detta stöd hade inverkan på hur utskrivningsprocessen av patienter genomfördes då den bl.a. belyste problemet med att överlevare ofta stigmatiserades och blev utstötta från sina familjer. Genderrådgivaren bistod i att initiera ett litet utskrivningspaket som MSB gav överlevare så att de skulle klara sig en kort tid efter att de hade lämnat ETU:n. Dessa paket var anpassade efter om den överlevande var kvinna eller man.¹⁵⁹ I hemställan för att ge ytterligare stöd till sjukhuset och 10 CHC i Sinoe County specificerades belysning som en stor brist i t.ex. förlossningsvården som ofta skedde i ljus från en ficklampa. Därutöver noterades att barn hade särskilda behov i en ebolakontext, både när de isolerades utan vårdnadshavare eller någon äldre eller om deras vårdnadshavare isolerades.¹⁶⁰ Vidare angav MSB en rad utmaningar inom jämställdhetsområdet i insatsen, såsom bristande internationell samordning och avsaknad av ”best practices” i detta verksamhetsområde, även bland de organisationer som vanligtvis hade ett väl fungerande genusarbete.¹⁶¹

MSB har också en intern ambitionsnivå avseende genusfrågor.¹⁶² Denna innefattar att insatspersonal ska ha fått grundutbildning i genusfrågor samt en insatsspecifik briefing innan utresa. Personal ska även aktivt använda MSB:s handbok i jämställdhet som en resurs i arbetet med att beakta kvinnors, mäns, flickors och pojkars olika situation och behov. Kvinnors aktiva deltagande inom ramen för

¹⁵⁷ MSB (2014-10-28), *Förfrågan om stöd till insats*, Dnr 2014-5004, s.6

¹⁵⁸ Ibid.

¹⁵⁹ MSB (2014-12-18), *Förfrågan om stöd till insats*, Dnr 2014-5004, s. 9-10

¹⁶⁰ MSB (2015-02-18), *Förfrågan om stöd till insats*, Dnr 2015-490, s. 5.

¹⁶¹ Ibid. s. 10

¹⁶² MSB (2011:1) ”Inriktning för arbetet med jämställdhet och mångfald för ökad kvalitet och effektivitet i insatsverksamheten 2011-2015”.

uppdraget och insatsen ska främjas. Personal ska rapportera om jämställdhetsrelaterad verksamhet och, slutligen, följa MSB:s uppförandekod.¹⁶³

Avseende miljö angav MSB till Sida att de skulle undersöka möjligheterna att ta hand om det medicinska avfallet och skyddsutrustningen, samt utveckla hållbara lösningar för att säkerställa att övrigt avfall och avloppsvatten omhändertogs för att minska smittspridning.¹⁶⁴ MSB avsåg vidare att anställa en miljöansvarig som skulle se över helheten av ETU:n.¹⁶⁵ I hemställan till Sida den 18 december 2014 framgick att denna verksamhet fortfarande var under planering och beroende av ankomsten av miljöexperten. Miljöexperten skulle stötta i beslut om teknik, metoder och lösningar för att minimera direkt och indirekt miljöpåverkan från insatsen. Detta stöd skulle ske i samverkan med lokala aktörer för att säkerställa långsiktighet i besluten.¹⁶⁶ I hemställan till Sida från februari 2015 angav MSB att deras ambition var att vara ledande på miljölösningar och att de på sjukhuset i Greenville hade infört solcellslösningar som minskat behovet av fossila drivmedel med upp till 80 procent.¹⁶⁷

Även avseende miljöfrågor har MSB interna mål eller ambitionsnivåer.¹⁶⁸ Dessa innefattar att genomföra en enklare form av miljöbedömning vid uppstart av en insats samt att insatspersonalen ska genomgå grundutbildning i hur man arbetar med miljö och få en insatsspecifik miljöbriefing med fokus på praktiska råd. Vidare ska insatspersonal, projektledare och utvecklare aktivt använda MSB:s miljöhandbok och insatspersonalen ska rapportera det konkreta arbetet med miljöperspektiv under insats.¹⁶⁹

4.6.1 Måluppfyllnad, resultat och relevans

De mål som först identifierades när uppdraget var att driva en ETU aktualiserades aldrig i och med att uppdragets karaktär i ett tidigt skede ändrades. Bland de intervjuade fanns det lite olika syn på behoven av att arbeta med genusfrågor. Majoriteten av insatspersonalen, men framför allt sjukvårdspersonalen, ansåg att det föll sig naturligt att alla fick lika vård. Dessutom hade MSB god vana av att ta hänsyn till mäns och kvinnors olika behov avseende infrastruktur varför ingen särskild analys behövdes för denna del av verksamheten, menade flera

¹⁶³ MSB (2011:1) ”Inriktning för arbetet med jämställdhet och mångfald för ökad kvalitet och effektivitet i insatsverksamheten 2011-2015”.

¹⁶⁴ MSB (2014-10-28), *Förfrågan om stöd till insats*, Dnr 2014-5004, s.6

¹⁶⁵ *Ibid.* s.7

¹⁶⁶ MSB (2014-12-18), *Förfrågan om stöd till insats*, Dnr 2014-5004, s. 10.

¹⁶⁷ *Ibid.* s. 5.

¹⁶⁸ MSB (2011:2) ”Inriktning för arbetet med miljöintegrering i insatsverksamheten 2011-2015”.

¹⁶⁹ MSB (2011:2) ”Inriktning för arbetet med miljöintegrering i insatsverksamheten 2011-2015”.

respondenter.¹⁷⁰ Utvärderarna har inte kunnat identifiera den genuskontextanalys som MSB hade utlovat att insatsen skulle genomföra.

Insatsen har haft få tydliga mål uppsatta vad gäller genusfrågor och synen från insatsledningen var att det inte riktigt behövdes då sjukvården var så van att hantera detta även i Sverige. Från insatsledningens sida lyftes det att det hade varit en jämn fördelning mellan män och kvinnor bland personalen samt att insatsen har haft en genusrådgivare¹⁷¹ på plats under större delen av insatsen. Nästan alla respondenter uttryckte dock en osäkerhet kring över vad genusrådgivarens uppdrag var. Vissa antog att det var att arbeta med gruppen internt medan andra kände till att de som innehåft denna roll hade haft möten med partners. Nästan ingen kunde peka på vilken konkret verksamhet som hade genomförts eller vilka resultat som hade uppnåtts.

Samtidigt ansåg ingen av de intervjuade att det hade funnits genusrelaterade hinder för att uppnå insatsens mål. Grundläggande saker, så som utrustning med storlekar för både män och kvinnor, fanns och alla i insatsen hade ett eget rum att bo i.¹⁷² MSB genomförde vissa förbättringar på MoD, t.ex. separata omklädningsrum för män och kvinnor. Dock verkade den rådande synen vara att det inte fanns en strategi för hur insatsen skulle arbeta med genusfrågor och att de frågor som uppstod hamnade i knät hos genusrådgivaren snarare än att denna person bistod med stöd till övriga i hur frågorna skulle hanteras.¹⁷³

Bland partners uttryckte ingen att MSB var en aktör som hade arbetat särskilt med genus, men de noterade att detta inte heller hade utgjort ett problem för själva insatsen. Liberianska partners menade att de aldrig diskuterat genus direkt med MSB men att viss verksamhet kanske kunde ha varit knuten till detta ändå.¹⁷⁴ Både liberianska och internationella partners ansåg att det var positivt att MSB hade en jämn fördelning mellan män och kvinnor bland personalen och de kände till genusrådgivaren. Internationella partners vittnade om att arbetet var så fokuserat på att hantera ebola att ingen hade haft förmåga att undersöka hur ebolan påverkade samhälls- och familjestrukturer, förutom att sjukvårdssystemet slogs ut vilket hade negativa konsekvenser på barnomsorg och förlossningsvård.¹⁷⁵

En fråga som rörde ledning och styrning, personalansvar samt jämställdhetsintegrering var att det internt fanns en del friktioner inom insatsen.¹⁷⁶ Ett antal respondenter, såväl män som kvinnor och med både logistik- och sjukvårdsbakgrund, ansåg att det rådde en utpräglad manschauvinistisk stämning

¹⁷⁰ Bland andra intervju 17, 21, 28.

¹⁷¹ Två olika individer som roterade.

¹⁷² Intervju 8, 15.

¹⁷³ Intervju 8, 14, 22, 25, 28.

¹⁷⁴ Intervju 6, 12.

¹⁷⁵ Intervju 11.

¹⁷⁶ Detta diskuteras närmare i kapitel 5.

bland vissa grupper av personalen. Utvärderingen kunde inte klargöra om det formellt föll inom genusrådgivarens ansvarsområde att hantera interna frågor, delvis på grund av att det inte fanns en godkänd arbetsbeskrivning för denna tjänst. Enligt vittnesmål från flertalet individer gav dock genusrådgivaren råd om hur man kunde hantera härskartekniker, något som flertalet insatsmedlemmar tyckte var uppenbart att det förekom i insatsen.¹⁷⁷ Vid något tillfälle tog insatschefen upp uppträdande som ett problem på ett av de dagliga kvällsmötena men problemet hanterades aldrig på individuell basis och det har inte kunnat styrkas att det kollektiva angreppssättet ledde till någon förändring. Bland de intervjuade som hade arbetat i insatsen under de olika cheferna var uppfattningen att det inte var någon skillnad i hur dessa frågor hanterades beroende på vem som var chef.

En incident som nämdes av ett antal respondenter rörde ett socialt evenemang för personalen, som ägde rum på en hotellanläggning tillhörande en konstruktionsunderleverantör till MSB. Under evenemangets gång uppstod starka misstankar om att det förekom prostitution i hotellets lokaler. Det fanns dock inget som tyder på att MSB kände till detta när evenemanget planerades och samarbetet med underleverantören avslutades så småningom. Vidare har ingen ur personalen i något annat hänseende brutit mot MSB:s uppförandekod i samband med evenemanget. Ett antal personer ur insatspersonalen menade dock att det tog lång tid och krävdes påtryckningar från olika individer ur personalen för att kontraktet skulle avbrytas, att synen från insatsens ledning var att det skulle bli svårt att ersätta en underleverantör som hade fungerat så bra och att det inte var värt att avsluta samarbetet.

Utvärderingens bedömning är att likabehandling inom vården avsåg den kliniska behandlingen, och inte många andra faktorer rörande t.ex. besök, utskrivning, upphandling, m.fl. Dessa områden var i behov av en mer sammanhållen kontextanalys för genusfrågor för att på så sätt kunna utarbeta ett systematiskt angreppssätt. Vidare saknades tydlighet i genusrådgivarens roll och i ansvar kopplat till MSB:s uppförandekod.

Avseende miljöfrågor fanns olika uppfattningar. Vissa menade att insatsen hade varit "en katastrof" eftersom så mycket materiel hade bränts, till och med vatten, och att det var oklart vilken miljöpåverkan utsläpp av klorinvatten direkt på marken skulle få på sikt. Det rådde dock enighet om att det inte hade funnits några alternativ.¹⁷⁸ Insatsledningen ansåg inte att MSB hade haft utrymme att arbeta mer aktivt med miljöfrågor då de inte själva drev en ETU utan endast hade en stödjande roll. Någon ur insatspersonalen uttryckte dock att det hade varit hjälpsamt att få mer stöd i dessa frågor.¹⁷⁹ MSB lyckades aldrig anställa en miljöexpert och detta

¹⁷⁷ Intervju 22, 27, 29.

¹⁷⁸ Intervju 1, 8, 10, 14, 17.

¹⁷⁹ Intervju 8.

var också något som nedprioriterades när MSB inte skulle driva en egen ETU.¹⁸⁰ MSB:s partners var dock av en annan uppfattning och menade nästan uteslutande att MSB hade mycket kunskap om miljöfrågor och en betydande förmåga inom vatten och sanitet (WASH) och att de hade bra kontroll över hela arbetet med att begränsa föroreningar och hantera farligt avfall.¹⁸¹ Både liberianska partners och WHO uttryckte att MSB hade varit mycket professionella avseende miljöfrågor och att de hade haft stor nytta av denna expertis.

Utvärderingen bedömer vidare att det är troligt att en miljöexpert hade kunnat bidra med ett mervärde då denna expertis inte fanns i Monrovia. Det är dock oklart om viljan och förmågan att ta emot råd och angripa området på ett systematiskt sätt fanns under ebolakrisen. Däremot fanns det ett tydligt behov att bistå i analysen av långsiktiga effekter, t.ex. att undersöka vidare vilka miljöeffekter användandet av klorin kunde få och hur negativa effekter kunde minimeras. Utvärderingen bedömer därför inte att behovet av en miljöexpert minskade i takt med att uppdraget förändrades.

Avseende MSB:s interna ambitioner om genus- och miljöfrågor fick personalen inte insatsspecifika briefings och den nyanställda personalen hade inte möjlighet att genomgå grundutbildning i dessa frågor. Genusrådgivaren kunde ge en briefing för delar av personalen på plats i Liberia. Det gjordes aldrig en miljökonsekvensbedömning och rapporteringen från arbetet med dessa frågor var inte regelbunden eller systematiskt. Det finns dock uppgifter om att viss information om genusrelaterat arbete sorterades bort i rapporteringsflödet till MSB i Stockholm. Vidare fanns det få konkreta mål att rapportera emot vilket försvårade uppföljning av verksamheten inom detta område. Ingen av de intervjuade vittnade om att de hade använt handboken i jämställdhet.

¹⁸⁰ Intervju 17.

¹⁸¹ Intervju 9, 10, 11.

5 Analys av nyckelområden

I följande kapitel identifieras och diskuteras ett antal nyckelområden för denna insats. I analysen har vissa mer långtgående och till viss del resonerande slutsatser dragits; detta är då tydligt angivet. Det är viktigt att påpeka att det är svårt att med säkerhet säga vilka konsekvenser andra beslut än de som togs hade fått för insatsen och det är därför viktigt att understryka att de slutsatser som dras är bedömningar utifrån den information som utvärderarna har fått tillgång till.

5.1 Beslutsfattande under osäkerhet

Insatsen i Liberia präglades av ett ständigt förändrat behov. Experter inom humanitär krishantering har beskrivit situationen som att det skedde en jordbävning varje dag utan att det gick att på något sätt förutsäga var eller vilka effekter den skulle få, och att ingen organisation som medverkade i krishanteringen gjorde vad de från början hade trott och planerat för att göra.¹⁸²

I denna kris beslutade MSB, i enlighet med regeringens uppdrag och på förfrågan från WHO samt i linje med MSF:s önskemål, att utveckla och skicka en sjukvårdsförmåga för att driva en ETU i Monrovia. Flertalet olika faktorer fick sedan betydelse för vilken inriktning insatsen tog. Parallellt med att MSB:s förberedelser för att utveckla FMT-förmågan pågick blev det tydligt att utvecklingen i Liberia förändrades. Olika individer, inklusive från insatsens förtrupp, som befann sig i Liberia vid denna tidpunkt förmedlade till MSB i Sverige att insatsens inriktning behövde anpassas till ett ändrat behov.¹⁸³ MSB i Sverige stod inför ett antal utmaningar:¹⁸⁴

- ingen visste vilken riktning epidemin skulle ta
- WHO efterfrågade fortfarande FMT-förmågor
- det rådde ett enormt medialt tryck för att omvärlden behövde respondera kraftigare på krisen
- personal var till stor del redan rekryterad och dimensionerad efter att driva en ETU samt hade tagit tjänstledigt, erhöll lön från MSB, och var motiverad att åka

På MSB undersöktes både om det var möjligt att rikta om stödet till Sierra Leone, vilket avråddes från WHO:s sida, och vilka andra behov som fanns i Liberia.¹⁸⁵ MSB tog ett modigt och korrekt beslut att MoD2 inte skulle öppnas som en

¹⁸² Bl.a. intervju 9.

¹⁸³ Intervju 10, 17.

¹⁸⁴ Intervju 1, 2, 9, 10, 17, 20.

¹⁸⁵ Intervju 1, 2.

ETU.¹⁸⁶ Det beslutades också att MSB skulle försöka rikta om stödet till andra behov i Liberia snarare än att skicka personalen till Sierra Leone för att driva en ETU där. Detta innebar att MSB hamnade i en situation där deras ursprungligt identifierade uppgifter nästan helt och hållet försvann och verksamheten karaktäriserades lite av *att laga efter läge*.¹⁸⁷

I samband med den förändrade insatsinriktningen, som det ännu fanns osäkerhet kring vad exakt den innebar, beslutade MSB att låta redan anställd personal som var standby i Sverige resa till Monrovia.¹⁸⁸ Detta gjordes trots att personal på plats i Monrovia hade flaggat för att det inte fanns arbetsuppgifter för denna personal, som framförallt var sjukvårdspersonal, och därför inte behövdes.¹⁸⁹ Uppfattningarna om varför personalen skickades ner skiljer sig åt mellan respondenter. Vissa framhöll att de skulle gå WHO-utbildningen för att sedan kunna skickas till Sinoe County medan andra menade att de redan var anställda och förhoppningsvis skulle kunna göra nytta på plats.¹⁹⁰

Då MSB hade överkapacitet avseende sjukvårdsförmåga och det fanns ett behov att ge mer stöd till landsbygden, valde MSB att ta ansvar för att driva ETU:n i Greenville. I och med beslutet att göra detta återuppstod behovet av sjukvårdspersonal. Detta behov realiserades dock aldrig helt då ETU:n i Greenville aldrig färdigställdes och medicinsk evakueringsförmåga inte säkerställdes, vilket innebar att MSB-personal inte aktivt fick vårda ebolasmittade.

När nya fall av ebola uppdagades i Greenville var MSB:s beslut att aktivera RITE-konceptet och bygga en mini-ETU avgörande för responsen. MSB:s beslut att inte driva ETU:n i Greenville och istället omrikta sitt stöd till mer långsiktiga, förebyggande åtgärder var proaktivt och modigt. MSB var bland de första aktörerna som beslutade att inte arbeta vidare med ETU-konceptet och blev på så vis vägvisande med att satsa på förebyggande åtgärder som en slags exit-strategi.¹⁹¹

Överlag bedömer utvärderingen att MSB har stått inför många och svåra beslut, och ofta under tidspress. Vid något tillfälle, bedömningsvis i samband med att förtruppen konstaterade att det inte fanns behov att driva MoD2 som en ETU, hade det dock kunnat vara av värde för myndigheten att ha tagit ett steg tillbaka och omvärdera situationen och vilka behov av stöd som faktiskt fanns och som låg i linje med regeringsuppdraget. Initialt förlitade sig MSB på information från det besök som gjordes i samband med IHP-insatsen, hemkomna experter och personal i IHP-insatsen som var på plats. Dock bedöms att den insatsen inte hade den

¹⁸⁶ Detta intygas av respondenter från WHO och intervjuade experter.

¹⁸⁷ 1, 2, 10, 17.

¹⁸⁸ Intervju 1, 2.

¹⁸⁹ Intervju 17, 23, 37.

¹⁹⁰ Intervju 1, 3, 14, 17, m.fl.

¹⁹¹ Intervju 18.

medicinska spetskompetens som hade behövts för att göra en mer grundlig bedömning av den rådande situationen. Samma mönster upprepades när MSB beslutade att ta ansvar för ETU:n i Greenville. Beslutet föregicks av en rekognoseringsresa, som inkluderade relevant medicinsk expertis men som varade endast cirka två timmar. Mer omfattande information att göra bedömningen på hade förmodligen resulterat i insikten att det inte fanns en rimlig chans att ETU:n, som var under konstruktion, skulle bli klar på ganska länge och att den var för stor för MSB att driva på grund av att det inte fanns tillräckligt med lokal vårdpersonal att tillgå i Sinoe County. Det hade då varit rimligt att överväga att skala ner insatsen i storlek för inriktning på MSB:s komparativa fördelar och undvika den ”läga efter läge-situation” som hade uppstått. Med detta sagt kunde MSB bidra med nytta inom en rad olika områden där de var verksamma.

En faktor av vikt för MSB var att arbetet med att få till ett avtal med Liberia, en process som var komplicerad, skedde parallellt med all operativ verksamhet.¹⁹² MSB menade att de hade fått garantier av WHO att det var med dem avtalet skulle tecknas men att WHO sedan, när det hade blivit skarpt läge, hänvisade till MoH. Under den utdragna process som därefter följde och som aldrig resulterade i ett avtal, ansågs det från svensk sida att varken WHO eller Liberias regering hade varit särskilt behjälpliga. MSB:s insats, som var statlig, skilde sig åt från många av de andra insatserna som drevs av NGOs. De enda andra bilaterala insatserna drevs av Kina och USA, och utvärderingen har ingen kännedom om vilka avtal de hade med Liberia.¹⁹³

Konsekvensen av att ett avtal inte tecknades med Liberia var förmodligen marginella för MSB:s operativa verksamhet. Dock innebar den utdragna processen krav på ytterligare resurser och därmed kostnader för MSB, både i Stockholm och i Monrovia. T.ex. fick två myndighetsjurister från MSB ta tjänstledigt för att arbeta som en del av insatsen.¹⁹⁴ Därutöver var det svårt att med tydlighet befästa vilka konsekvenser avsaknaden av ett avtal fick för samarbete med partners i Liberia och avseende vilket stöd MSB slutligen gav. Vissa partners menade att avsaknaden av avtal fick negativa konsekvenser för relationer på en samordnande och koordinerande nivå, snarare än hur saker blev gjorda rent operativt.¹⁹⁵ Vidare framkallade denna situation otydlighet kring vad som skulle ha gällt om insatspersonal t.ex. skulle ha blivit föremål för en juridisk process. De avtal MSB vanligtvis tecknar med mottagande organisationer reglerar frågor som vilken status personal har (normalt sett *Expert on Mission*-status), skattefrågor, tullfrågor, säkerhetsfrågor och medicinsk evakuering. Även om det fanns en förståelse för att MSB skulle jobba med sjukvård och att den legitimerade MSB-personalen

¹⁹² Intervju 1, 2, 9.

¹⁹³ Intervju 35.

¹⁹⁴ Bl.a. intervju 8, 17.

¹⁹⁵ Intervju 5, 6, 9, 11, 12.

registrerades hos MoH för att kunna utföra vård, fanns det inget skriftligt avtal som reglerade MSB:s juridiska status.¹⁹⁶

Utöver avtal med MoH hade MSB inget avtal med WHO. Insatsledningen försökte få till stånd ett sådant för att MSB skulle få just *Expert on Mission*-status och därmed bättre tillgång till bl.a. FN-systemets flygresurser. Denna process var tidskrävande och skapade en hel del frustration från både MSB:s och WHO:s sida. Vissa individer hos MSB fick denna status genom att de övertog ID-brickor från IHP-insatsen, något som irriterade vissa inom WHO. Meningsskiljaktigheten kring huruvida MSB formellt stödde WHO eller MoH gick inte att helt lösa ut.¹⁹⁷ Vissa partners till MSB ansåg att MSB hade uppvisat en envishet och brist på flexibilitet i avtalsfrågan (med både MoH och WHO) som till viss del hade skadat MSB:s anseende och skapat onödigt osäkerhet kring vad MSB skulle göra och hur länge.¹⁹⁸ Samtidigt underströk de att MSB var en värdefull partner som hade varit flexibel i alla andra avseenden. Från MSB:s sida ansåg myndigheten att de hade agerat i enlighet med de utfästelser som WHO initialt hade gett och att de hade dedikerat betydande resurser för att få till stånd en lösning. MSB upplevde dock att processen var omöjlig, även när de försökte teckna ett avtal med Liberia.

Avsaknaden av ett avtal var alltså inte ett formellt hinder men innebar risker i områden som vanligen regleras i avtal. Sådana risker innefattade exempelvis regler kring import av läkemedel och vilka konsekvenser det skulle få om MSB inte hade fått föra in nödvändiga läkemedel, visumfrågor och om MSB skulle ha rätt eller möjlighet att föra en eventuell rättslig process för sina anställda om så hade behövts.¹⁹⁹

5.2 Ledning, kommunikation och samordning

De många förändringar i behov och därmed insatsens inriktning innebar en hård arbetsbelastning på såväl projektledare och chefer baserade i Sverige som insatschefen och delar av personalen i fält. De snabba svängarna innebar att organisationen behövde vara flexibel för att snabbt kunna anpassa sig till nya ingångsvärden och riktlinjer. Att MSB bidrog med en ny typ av insats och därmed inte hade tillräckligt många individer med sjukvårdskompetens i sin personalpool bidrog också till arbetsbelastningen. Denna belastning på organisationen belyste de delar av organisationen som fungerade bra, och de som fungerade mindre bra.

På MSB i Sverige var många individer involverade i insatsen. Två chefer, tre projektledare – som förstärktes med ytterligare en projektledare som rekryterades externt – jurister samt personalfunktionen, som även den förstärktes med

¹⁹⁶ Intervju 35.

¹⁹⁷ Intervju 5, 17.

¹⁹⁸ Intervju 5, 18.

¹⁹⁹ Intervju 35.

rekrytering från en bemanningsfirma, var alla djupt involverade i denna insats.²⁰⁰ Det faktum att så många personer var inblandade ställde särskilda krav på både den personalgrupp som arbetade i Sverige och ledarskapet i insatsen. Två faktorer som hade stort inflytande över hur väl olika processer och kommunikation fungerade var kännedom om MSB som organisation samt personliga kontakter inom MSB Sverige – både mellan personal inom insatsen i Liberia och mellan personal i fält och i Sverige.²⁰¹ Delvis saknades tydlighet om vilka beslut som fick fattas i fält och vilka beslut som skulle fattas i Sverige. Detta var särskilt uttalat avseende utsändandet av personal där projektledningen i Stockholm hade ett större inflytande än insatsledningen i fält.

Med som mest drygt 50 anställda var detta en ovanligt stor insats för MSB och därutöver ställde den breda sammansättningen av yrkesgrupper och de snabba förändringarna i behovsbilden stora krav på insatschefen. Insatschefen ansvarade för styrning av insatsen i Liberia, vilket också innefattade t.ex. att representera insatsen på externa möten med partners för att förankra lämplig inriktning. Insatschefen ansvarade också för samordning och översyn av den mer taktiska eller operativa nivån, t.ex. gällande frågor kopplade till personal och den dagliga verksamheten. De två individer som under olika perioder var insatschef valde att ta sig an uppgiften på olika sätt, vilket till viss del reflekterade deras tidigare arbetserfarenheter. Delegering blev ett sätt att hantera det omfattande ansvaret. Dock saknades ofta tydliga ansvarsområden bland personalen och det var olika personer som avlastade insatschefen vid olika tillfällen, vilket bl.a. ledde till förvirring hos partners som inte visste vem de skulle vända sig till med olika frågor. Vidare kunde det leda till att några ur insatspersonalen fick en oväntat tung arbetsbörda när de samtidigt skulle klara av sina egna arbetsuppgifter. Överlag har arbetsfördelningen i insatsen varit ojämn över tid och mellan individer. Insatschefernas skilda stilar påvisade möjligtvis också att det var närmast omöjligt att rymma alla ledningsfunktioner i en och samma tjänst när insatsen hade nått en viss storlek. Insatser av motsvarande storlek och verksamhet under regi av EU eller andra organisationer inkluderar oftast en biträdande insatschef eller en stabschef som bistår insatschefen, t.ex. i mer interna organisatoriska frågor. MSB:s ebolainsats i Liberia hade i sin organisation en biträdande insatschef men denna position blev aldrig tillsatt. Troligtvis skulle insatsen ha gynnats av en motsvarande funktion eller tydligare ansvarsfördelning bland den befintliga personalen för att täcka olika uppgifter.

En annan position som bör övervägas i en insats av liknande storlek som den som MSB ledde i Liberia är en HR-ansvarig som ägnar sig åt insatsens egen personal. Insatsens personalansvarige axlade i slutändan den rollen då det förutsedda ansvaret för lokalanställda på MoD2 föll bort, men denna funktion bör lämpligen ha ingått i strukturen från start. Som diskuteras nedan i kapitel 5.3, blev

²⁰⁰ Intervju 1, 2, 17, 35, 36, 37.

²⁰¹ Intervju 8, 17, 21, 22.

personalfrågor också en stor uppgift för denna insats att hantera. Vidare, som också diskuteras mer nedan, bör det finnas tydligt var rådgivande funktioner såsom genusrådgivare respektive miljörådgivare ska finnas i organisationen. Genusrådgivaren blev i denna insats knuten till den HR-ansvariga (vars formella ansvar fortfarande var otydligt) eller insatschefen, avhängigt vem som var insatschef.

Kopplat till styrningen av insatsen kan noteras att insatsledningen av olika anledningar växlade ett par gånger både i Monrovia och Greenville. Insatschefen, som var baserad i Monrovia, byttes ut två gånger, men kunde som befattning rotera mellan två personer då den förste insatschefen kom tillbaka för en andra period. Också i Greenville, under loppet av en månad runt årsskiftet 2014/2015, skiftades Team Leader-positionen mellan fyra olika personer (varav en ställföreträdande). Dessa relativt täta skiften var inte planerade utan följden av att kontrakt avslutades tidigare än väntat. Den höga omsättningen var olycklig då det innebar ett visst kontinuitetsavbrott i verksamheten och i relationen till externa partners. En partnerorganisation noterade att de regelbundet fick arbeta med nya kontaktpersoner på MSB och som alla framförde olika synpunkter.²⁰² Vidare var ett problem i Greenville att varje Team Leader inledde ett slags behovsanalysarbete med lokala partners om vad som kunde göras men som resulterade i begränsad verksamhet, något de lokala samarbetsparterna uttryckte stor frustration över.²⁰³

Överlämning mellan utgående och inkommande personal, inklusive ledningspersonal, uppgavs inte ha fungerat smidigt vid alla tillfällen och i många fall uteblivit helt. Avsaknaden av överlämning och därmed lägesorientering och annan användbar information innebar att omsättningen på ledningspersonal fick en förstärkt önskad effekt på verksamheten. Det fanns dock också positiva exempel där personal aktivt försökte lösa överlämningen på ett smidigt sätt, vid ett tillfälle också utanför insatsområdet. Detta skedde dock på eget initiativ av individerna snarare än att organisationen faciliterade överlämning.²⁰⁴

Ett specifikt exempel avseende brist av riktlinjer och styrning rörde två ebolasmittade föräldrar vars barn mirakulöst nog inte hade smittats men behövde isoleras och hållas under uppsikt. En medlem ur insatspersonalen i Greenville lyckades hitta en överlevare, därmed en person som förmodades vara immun mot ebola, som gick med på att ta hand om barnet. Detta innebar att hon var tvungen att lämna sin familj i tre veckor och MSB lovade att betala henne 25 USD per dag under denna tid. Föräldrarna överlevde och barnet blev aldrig smittat. Men när det var dags för MSB att betala hade man bytt Team Leader i Greenville och den nya Team Leadern anmärkte att detta var emot MSB:s regler. Erfarenheten är att denna

²⁰² Intervju 18.

²⁰³ Intervju 27.

²⁰⁴ Intervju 24, 27, 32.

typ av agerande förmodligen skulle kunna rättfärdigas men det behöver finnas spårbarhet för hur undantag från huvudregeln har gjorts.

Gällande ledning och kommunikation på nivån mellan MSB i Sverige vis-a-vis MSB i Liberia fanns det ibland en viss oklarhet kring styrning. Det var inte alltid tydligt för alla i fält vad som skulle beslutas i Sverige och hur stor beslutanderätt och handlingsfrihet insatsen hade i fält.²⁰⁵ Insatschefen hade ganska stor ekonomisk beslutanderätt men inget formellt ansvar över personal då detta låg på MSB i Sverige. För andra individer i insatsen var mandatet ottydligare vilket överförde ett onödigt stort tryck på insatschefen som involverades även i många detaljerade och tekniska frågor. Avseende hur insatsen inriktades och styrdes från Sverige skedde det i första hand genom dialog mellan insatsen och MSB i Sverige.²⁰⁶ De oklarheter och brister som fanns avseende kommunikation, ledning och styrning tydliggjordes bäst genom exemplet när vårdpersonal skickades ner till Monrovia under andra halvan av november 2014, detta trots att insatsen avrådde från detta. De som var involverade i diskussionerna vid denna tidpunkt beskrev det som något av en dragkamp mellan viljor. Beslutet som till slut fattades om att skicka ner insatspersonalen, företrädesvis vårdpersonal, gjordes med förhoppning om att de skulle få möjlighet att göra nytta.

Projektledarna skötte mycket av den dagliga verksamheten i Sverige. Det krävdes tre (med stöd av ytterligare en inhyrd resurs) projektledare för att kunna hantera insatsens många krav på intern samordning samt informationsdelning och kommunikation med insatsen. Projektledarna gjorde en intern uppdelning av ansvarsområden, vilket de upplevde hade fungerat bra, och angav i veckostyrningar till insatsen vem av projektledarna som var ansvarig kontaktpunkt för gällande vecka. Vidare kunde funktionen nås via en gemensam e-postadress. Det noterades en viss besvikelse bland de anställda att ingen från MSB:s ledning besökte insatsen förrän i januari 2015 då chefen för Avdelningen för samordning och insats åkte ned till Liberia tillsammans med en av projektledarna och medicinsk koordinator.

Nära kopplat till ledningens förmåga och möjligheter att styra insatsen var att MSB gick upp i s.k. särskild organisation²⁰⁷ för att stödja insatsen. Den särskilda organisationen varade i över två månader vilket är ovanligt länge; normalfallet är en till två veckor. Detta innebar en ytterligare påfrestning för projektledarna som arbetade under långa perioder och ansvarade för att producera underlag i mycket större utsträckning. Andra delar av organisationen i Sverige underströk att de hade haft stor hjälp av den särskilda organisationens tydligare beslutsfattande och informationsdelning mellan olika enheter.

²⁰⁵ Intervju 8.

²⁰⁶ Och i förlängningen efter finansieringsbeslut av Sida.

²⁰⁷ Den särskilda organisationen finns för att stödja insatsen med material, expertstöd, samordning och koordinerad kommunikation. Den innebär både förändrade beslutsfattar- och rapporteringsrutiner.

Hur väl MSB:s externa kommunikation och samordning med andra parter fungerade varierade något. MSB:s informationsspridning till den svenska allmänheten var mycket god och inkluderade bl.a. en speciell insatsblogg där läsaren kunde följa organisationens arbete i fält. På samma sätt var samordningen på hemmaplan med andra svenska organisationer och myndigheter överlag konstruktiv och välfungerande. Även aktörer som inte hade ett formellt mandat att samverka, så som SKL, hade en viktig roll för att insatsen kunde genomföras. Samtidigt uttrycktes det också att det fanns utrymme för förbättring. Det var t.ex. inte helt tydligt hur samverkande myndigheters avvikande åsikter skulle dokumenteras så att de kom beslutsfattare till del eller hur resurser och kunskap hos alla relevanta myndigheter skulle nå MSB. Exempelvis kan konstateras att bristande tydlighet avseende roller och kommunikation bl.a. troligen resulterade i att infektionsläkare och experter som flaggat sitt intresse för insatsen till Folkhälsomyndigheten inte kom till MSB:s kännedom. Troligen fanns det även möjlighet att i större utsträckning ha utnyttjat den expertis som fanns inom Folkhälsomyndighetens internationella nätverk inom infektionsområdet.

I Liberia fungerade kommunikation och samordning olika bra med olika partners. Insatsmedlemmarna upplevde att kommunikation inte hade varit ett problem och att det hade fungerat bra med alla. Denna bild bekräftades av MoH som uppgav att MSB hade varit tydliga i vad de kunde och inte kunde bistå med. På taktisk nivå var partners i Monrovia mycket nöjda medan ett antal respondenter i Greenville uttryckte att MSB gav löften som sedan ändrades i samband med att Team Leaders skiftades. MSB kunde ha varit tydligare i sin kommunikation till internationella partners i Liberia, inte minst gällande planerad verksamhet i Sinoe County för att förhindra eventuella missförstånd. Det kan noteras att WHO hade gett löften, som inte infriades, kopplade till flygtransport till och från Greenville. Informationsflödet mellan MoH representanter på lokal nivå och dess centrala ledning i Monrovia bedömdes ibland som otillräckligt. Detta resulterade i att den information som MSB förmedlade i Sinoe County inte alltid nådde koordineringsmekanismer i Monrovia. En ytterligare försvårande faktor var att MSB hade korta rotationer på sin personal och att det många gånger var olika personer som representerade MSB i möten. MSB hade kunnat kommunicera bättre utåt när personal roterade och om möjligt introducera efterträdare, i de fall de var på plats. Från WHO framhölls det att MSB hade många krav som andra organisationer inte ställde, så som att få WHO legitimation. WHO framhöll att de själva var överväldigade och inte alltid tydliga i sin kommunikation.²⁰⁸

Det fanns otydlighet bland partners i fält, och bland insatsens personal, avseende övergången från IHP-insatsen till MSB:s egen insats. Partners var inte på det klara med vilka de pratade med och inom MSB visste inte personal vilken insats de representerade: IHP eller MSB? Att MSB personal bar t-shirts med IHP:s emblem

²⁰⁸ Intervju 2, 5, 6, 10, 11, 17.

förvirrade ytterligare. Detta var av vikt då det också resulterade i en viss otydlighet kring insatsens mandat och resurser.

Rent tekniskt hämmades internkommunikationen mellan Monrovia och Greenville initialt av bristande internetuppkopplingen och telefontäckningen. Detta löstes dock under insatsens gång. Under insatsens första månader fanns även andra bekymmer i kommunikation. Insatspersonal baserad både i Greenville och i Monrovia upplevde att kunskapen hos insatsledningen om vad som skedde i Greenville under ebolautbrottet var begränsad. En bidragande orsak till denna situation var att informationsflödet från Greenville gick direkt till projektledarna i Sverige utan att gå via insatsledningen i Monrovia. Något som kan ha bidragit var att en stor del av insatsledningens fokus i november och december kan ha varit på personalfrågor samt insatsens osäkra framtida riktning.

Kommunikation med insatspersonal som skulle anställas eller åka till insatsområdet var framförallt inledningsvis men till viss del genomgående under insatsen en utmaning. Under insatsens första tid, när insatsinriktningen ibland skiftade flera gånger i veckan, valde projektledarna att avvakta med att dela obekräftad information (vilket oftast var fallet) med insatspersonalen som hade rekryterats för att åka till Liberia. Individer ur insatspersonalen kunde ha kontakt med fem till sju olika individer som arbetade med HR-frågor eller var projektledare, men fick många gånger undvikande svar. De kunde också bli uppringda av MSB, ibland flera gånger under en vecka, för att tillfrågas om de kunde tänka sig ta en annan position. Om de i sin tur frågade vad tjänsten innebar fick de sällan svar. Från MSB-personalens perspektiv var det snabba och föränderliga händelseförloppet utmanande och det var inte möjligt att uppdatera varandra så ofta som skulle ha krävts för att svara på alla frågor från insatspersonalen. Över tid blev projektledarna dock tydligare med att förmedla att de inte visste vad personerna skulle arbetade med men att det behövdes ytterligare medicinsk eller logistikkompetens och att de exakta uppgifterna skulle redas ut på plats i Liberia. Detta uppskattades av insatspersonalen, framförallt de som hade varit på internationella uppdrag tidigare. Dock påpekade många att de mer detaljerade diskussionerna om arbetsuppgifter i Liberia ofta uteblev, var hastigt uppkomna eller saknade strategi.

5.3 Personalfrågor

Insatsens storlek och verksamhetsområde ledde till att vissa aspekter av ebolainsatsen i Liberia var nya och oprövade för MSB. Omfattningen på rekrytering av hälso- och sjukvårdspersonal var också nytt för MSB. Medan MSB har vana av att skicka ut sjukvårdspersonal till insatser för att ta hand om insatsens egen personal var det oprövat för organisationen att sätta samman en så pass stor insats, som till ungefär hälften bestod av sjukvårdspersonal varav många som var specialister. MSB:s personalpool omfattade t.ex. endast fåtalet läkare. Medan

MSB vanligtvis skickar ut personal som redan är anmälda till personalpoolen, och där många redan varit ut på tidigare insatser, innebar det att man nu behövde nå ut till personer som kanske inte ens kände till MSB. MSB hade börjat rekrytera relevant medicinsk expertis redan inför IHP-insatsen. Personer som då varit intresserade av att jobba i ebolainsatsen hade ombetts skicka sina CV:n till en nyupprättad e-postadress (ebola@msb.se) och många av dessa intressenter kunde kontaktas igen.²⁰⁹ Rädsla för smittorisken gjorde att många personer i MSB:s nätverk som i regel är redo att åka ut på kort varsel tvekade, vilket resulterade i att MSB fick lägga mycket energi på att rekrytera personal för IHP-insatsen. Speciella krav ställdes också på kompetens inom triage och infektionsmedicin. I slutänden fick MSB modifiera sin de önskemål de hade på kompetens och söka efter bredare medicinsk kompetens, vilket resulterade i att tillräckligt många personer kunde anställas.

Ebolainsatser var i sig något nytt för alla aktörer – inte bara MSB – vilket innebar en utmaning i att fastställa vilka exakta behov det fanns avseende kompetens. Ingen hade tidigare byggt och drivit en ETU, vilket innebar att kravspecifikationer i viss utsträckning utvecklades över tid i takt med att insatsen fick mer kunskap om vad som krävdes. Både MSB-personal och partners bedömde att MSB:s insatspersonal hade relevant kompetens för uppdraget mot bakgrund av tillgänglig information om behov. Medan MSB-personal överlag ansågs vara kompetent saknade någon medarbetare undantagsvis erfarenhet från att arbeta i en kris och i Afrika, vilket, enligt några partners, märktes i vissa situationer då de uppvisade en bristande flexibilitet. Brister i kunskap om ebola resulterade i att MSB skickade ned personal med hög expertis inom epidemiologi och smittskydd (Sverige uppgavs vid ett tillfälle ha haft mer expertis på området i Liberia än i Sverige).²¹⁰ I efterhand kan man konstatera att expertisen inte nödvändigtvis hade behövts i så stor utsträckning då den rådgivande rollen blev begränsad och omvårdnaden inte ställde denna typ av krav.

En annan utmaning gällande personalförsörjning var de ständigt och snabbt skiftande uppdraget, och de föränderliga behoven. I och med beslutet att MSB inte skulle driva en ETU ändrades också behovet av personal. Framför allt innebar det att behovet av sjukvårdspersonal inledningsvis minskade betydligt men behovet av sjukvårdspersonal svängde ett flertal gånger också senare under insatsens gång. MSB behövde t.ex. utöka sjukvårdspersonalen när det beslutades att man skulle driva ETU:n i Greenville; ett behov som sedan åter krympte då det blev tydligt att ETU:n inte skulle bli klart i tid. Dessa snabba omställningar utgjorde en stor utmaning i rekryteringen.

Även när det blev klart att MoD2 inte skulle driftsättas bestämde sig MSB för att skicka ned den sjukvårdspersonal som hade rekryterats för andra uppgifter.

²⁰⁹ Intervju 1 och 2.

²¹⁰ Intervju 17 och 25.

Faktorer som spelade in i detta beslut inkluderade att MSB redan betalade lön till personalen samt en osäkerhet kring huruvida behovet snabbt kunde öka igen om antalet insjuknande i ebola tilltog. Detta resulterade i att många av sjukvårdspersonalen som skickades ned fick bistå i helt andra arbetsuppgifter än de som de hade anställts för att göra. Även andra funktioner fick rikta om sin verksamhet; exempelvis ändrades den personalansvariges fokus från frågor relaterad till lokalanställd personal på ETU:n till att i stället initialt ge stöd i HR-frågor på MoD1 men sedan till stor del ta hand om frågor kopplade till MSB:s insatspersonal. Även befattningen psykosocialt stöd var initialt avsedd för att stödja personal som vårdat ebolapatienter, men kom i stället att stödja personalen i andra frågor.

Det är oklart om rekrytering av sjukvårdspersonal minskade i någon större grad under insatsens gång och om de initiala kraven om vilka personer som eftersöktes ändrades för att bättre spegla behoven i fält. Den initiala tidspressen resulterade i att rekryteringen först till största del styrdes av projektledarna. Därefter fick insatsledningen och MSB:s HR-handläggare större inflytande. Både projektledarna och den operativa personalenheten i Sverige menade att stödet från en HR-person i insatsen var ovärderligt men det är oklart vilket mandat och vilka befogenheter denna person hade, något som aldrig helt tydliggjordes under insatsens gång. Vidare skulle initialt *Core Team* färdigställa arbetsbeskrivningar, men detta blev inte gjort för alla positioner, delvis för att uppgifterna konstant ändrades, vilket innebar att många i insatsen aldrig hade en arbetsbeskrivning. Många av dem som ombads skriva sin egen arbetsbeskrivning fick ingen återkoppling på denna och i vissa fall var instruktionen till medarbetaren att "lösa sina uppgifter" utan vidare specificering. Utvärderingen bedömer att denna situation uppstod till följd av en överbelastad ledning i Sverige och i insatsen, i kombination med den ständigt förändrade insatsinriktningen, men vidare att en sådan situation inte är hållbar över tid.

Omriktningen av verksamheten resulterade också i en omställning för personalen. Försenade avresor och ändrade planer skapade ett missnöje bland de anställda. För personal som på kort tid gjort sig redo, också mentalt, för att åka ned till Liberia och vårda ebola-patienter var det inte alltid lätt att hantera att den resa som planerats för efterföljande dag plötsligt ställdes in. Väl på plats hade stora delar av sjukvårdspersonal inte så mycket att göra utan fick rycka in med att hjälpa till på andra sätt än i rollen som läkare eller sjuksköterskor. Detta väckte betydande besvikelse och frustration²¹¹ som blev en framträdande intern fråga för insatsen. Medan personalen fyllde en viktig funktion som beredskap för eventuella nya ebolafall, något som också påvisades under utbrottet i Sinoe County som dock lyckligtvis kunde stävjas, kände många att de inte gjorde vad de hade åkt till Liberia för att göra. Vissa ansåg att de fick begränsat stöd både på plats och efter

²¹¹ Se t.ex. Agneta Borgström, "Svidande kritik från tidigare anställda mot MSB:s ebolainsats", *OmVärlden*, 3 mars 2015.

hemkomst medan andra menade att de inte hade fått något stöd eller att de var så pass besvikna på MSB att de inte var mottagliga för stöd från samma organisation. Frustrationen späddes på av att många ansåg att insatsen inte hade förmåga att ta tillvara och besluta utefter medicinska behov, att det var en infrastrukturs- och logistikinsats i vilken medicinska experter fick komma till tals på nåder. Denna syn delades inte av alla och det fanns variationer beroende på vem personalen hade haft som chef, även om det inte heller här fanns ett entydigt mönster mellan åsikter.

Många menade att det ytterst var olika individers personligheter som avgjorde huruvida de hade viljan och förmågan att ställa om till nya uppgifter – kanske också sådana som låg helt utanför deras yrkeskompetens. Det faktum att ett antal ur personalen, särskilt sjukvårdspersonalen, inte hade erfarenhet från tidigare insatser bedöms ha haft viss inverkan. Det fanns en uppfattning att de som uttalade mest frustration för att de inte fick göra de saker de förväntat sig var de som inte hade varit ute på insatser tidigare. Än en gång är detta inte en entydig bild och även andra som fick ställa om flertalet tillfällen var frustrerade. Dock var det till viss del så att de som hade erfarenhet från andra insatser var mer förberedda på att humanitära insatser sällan blir vad man har planerat utan att man måste vara flexibel. Detta belyser vikten av att förbereda insatspersonal på att förhållanden och uppdrag kan ändras, vilket underlättar sådan mental omställning. Också en partnerorganisation menade att mer erfarenhet från humanitära insatser skulle ha hjälpt några av MSB-personalen att inse behovet av att vara flexibel och att hantera frustrerande situationer bättre.

Det faktum att personal bodde och jobbade tillsammans 24/7 och i en miljö med hög stress från hotet av ebola ledde ibland till viss friktion. En personalfråga som tagits upp var bildandet av grupperingar. Det relativt stora antalet insatspersonal och eventuellt den heterogena sammanställningen av yrkesgrupper bidrog till att olika insatsmedlemmar bildade mindre grupper som umgicks för sig. Detta bedöms dock inte ha nämnvärt påverkat insatsens verksamhet. Det är oklart om någon aktivt uteslöts från en grupp. Likaså fanns det indikationer på att de som tidigare hade arbetat i humanitära insatser hade lättare att acceptera situationen. Många ur sjukvårdspersonalen ansåg att en bidragande faktor var att personal som inte hade arbetat för MSB tidigare många gånger fick begränsat inflytande, vilket bidrog till insatsens karaktär med mer fokus på logistik än vård.

Det kan tilläggas att levnadsvillkoren skilde sig åt för den personal som var baserad i Monrovia och den som var i Greenville. I Monrovia bodde de anställda på ett hotell av god standard med t.ex. luftkonditionering, (varmt) rinnande vatten, och tillgång till en restaurang. I Greenville, som är mer otillgängligt och mindre utvecklat, var utbudet av boende mer begränsat och MSB-personalen hade till en början t.ex. inte någon fungerande toalett, inget rinnande vatten och ingen luftkonditionering. MSB försökte under insatsens gång successivt förbättra boendemiljön.

En ny och något oväntad aspekt för MSB var hur mottagandet av återvändande personal, framförallt de som kom hem under 2014, utvecklades. Omgivningen var rädd för att bli smittad av ebola och insikten om hur viruset sprids var begränsad. Rädslan förstärktes genom den dramatiska (och delvis felaktiga) bild som framställdes i av svensk och internationell media. Det fanns hemkomna personal som kände att de inte kunde berätta var de hade varit och som utsattes för underförstådda hot. Bland exemplen kan nämnas en person som fick problem med sitt hyreskontrakt och en annan som hindrades från att hämta sitt barn från skolan. Också anhöriga drabbades av stigmatiseringen då arbetsgivare och kollegor var rädda att de var smittade. Riktlinjer gällande viloperiod ("förebyggande karantän") uppgavs också ha skiljt sig åt i olika landsting, där smittskyddsläkare gav olika rekommendationer om när man kunde återvända till jobbet.²¹²

Varken MSB eller utskickad personal – eller andra organisationer för den delen – var helt förberedda på dessa reaktioner. MSB förefaller dock ha anpassat sig till situationen, och både insatsmedlemmar och MSB-personal menade att det hade varit svårt att göra mer. Exempel på åtgärder var att MSB skrev ett brev till anhöriga i vilket de bl.a. förklarade smittvägar. Det kan dock konstateras att stigmatiseringen var utbredd och påfrestande både för återvändande personal och deras anhöriga.²¹³

Vid återvändandet till Sverige deltog insatspersonalen i MSB:s hemkomstprogram, en aktivitet som MSB vanligtvis genomför i samband med större insatser, vilket omfattade bl.a. psykosocialt stöd och diverse grupparbeten. Insatspersonalen uttryckte uppskattning över att alla som deltog i programmet hade varit ute på samma insats, något som möjliggjordes av insatsens storlek.²¹⁴ Normalt sett går hemvändande personal från olika insatser hemkomstprogrammet tillsammans, vilket innebär att de anställdas erfarenheter och behov kan vara mycket olika. Däremot hade inte alla hemkomna kontaktats av MSB:s personalstöd i kris- och stresshantering, vilket normalt ska ske kort efter hemkomst. Vidare fick all insatspersonal en viloperiod på tre veckor med betald lön när de kom hem. MSB erbjuder inte detta normalt sett för insatspersonal, men gjorde det i denna insats mot bakgrund av att ebolavård bedömdes vara så extremt påfrestande och efter en modell som tillägnas MSF. Viloperioden infördes med förmodan om att personal skulle behöva arbeta intensivt, något som inte alltid blev fallet. MSB justerade dock inte dessa villkor senare i insatsen.

²¹² Intervju 4 och 14.

²¹³ Stigmatiseringen återfanns också bland andra organisationer. Craig Spencer, som blev sjuk i Ebola efter att ha återvänt till New York från Guinea där han jobbat för MSF, skrev senare att media kunde ha informerat allmänheten om hur Ebola smittas i stället för att spä på rädslan genom att beskriva var han rört sig. Craig Spencer "Having and Fighting Ebola — Public Health Lessons from a Clinician Turned Patient", *The New England Journal of Medicine*, 25 februari 2015.

²¹⁴ Intervju 14.

5.4 Kostnadseffektivitet och bärkraft

Insatsen i Liberia har varit MSB:s mest kostsamma hittills.²¹⁵ Initialt låg betoningen i uppdraget på att bidra till omedelbar krishantering utan något tydligt fokus på att säkerställa bärkraft. Detta speglade också regeringsuppdraget som gavs till MSB och som var direkt utformat i syfte att bidra till den direkta hanteringen av ebola som då var under stor stress.²¹⁶ Detta var förmodligen rimligt i den rådande situationen men innebar vissa begränsningar för hur MSB kunde maximera sin nytta, främst i Sinoe County där en stor del av uppdraget blev att bidra med beredskap. Gradvis kunde MSB med stöd av Sida skifta sina aktiviteter till att, fortfarande i en ebolakontext, ge stöd som också gav ett mervärde för övrig sjukvård. Detta hade positiva konsekvenser på såväl bärkraft som resursutnyttjande.

Kunskapsöverföring var initialt inte en uttalad målsättning men blev ett viktigt resultat under insatsens gång. MSB arbetade nära liberiansk både vård- och annan personal som därigenom fick ny kunskap. Utbildning för den liberianska vårdpersonalen i Sinoe var ett uttalat mål men mycket kunskapsöverföring skedde också i Monrovia, bl.a. genom arbetet på MoD1 och MoD2. En viktig faktor i detta arbete var att MSB inte påtvingade den liberianska personalen förändringar utan var samrådande och gav rekommendationer som MoH och MoD-ledningen kunde ta ställning till. Denna arbetsmetod genomsyrade allt arbete på MoD1, MSB kunde ge rekommendationer för t.ex. arbetsprocedurer (eng. *standard operating procedures*, SOP), arbetet med personalscheman samt rutiner för hur man måste vila, äta, tvätta sig och sköta sin skyddsutrustning, men i slutändan var det alltid de liberianska cheferna som tog de slutgiltiga besluten. Detta var ett sätt att bl.a. ta tillvara på lokal kunskap och säkra lokalt ägarskap. MSB:s personal beskrevs som mycket flexibla och kunniga i detta avseende. MSB-personalen själva ansåg dock att det fanns utrymme för fler förbättringar, kanske framförallt på vårdsidan, som inte blev genomförda då ägarskapet låg hos MoD-ledningen.

Utvärderingen har inte haft möjlighet att undersöka bärkraften i överföringen av materiel. Som nämnts tidigare uttryckte vissa insatsmedlemmar tvivel över hur hållbart det var att ge bort satellittelefoner eller om sjukhuset i Greenville hade förmåga att underhålla sitt nyrenoverade och nyutrustade laboratorium. När denna utvärdering genomfördes fungerade dock dessa funktioner och satellittelefonerna hade bytts ut till radiokommunikationsutrustning.

Nära sammankopplat med bärkraft är kostnadseffektivitet. Insatsen var kostsam och många ur insatspersonalen ansåg att det borde ha varit möjligt att nå samma

²¹⁵ Den slutgiltiga budgeten var i skrivande stund ännu inte fastställd, det stod dock klart att hela den mandaterade budgeten inte skulle utnyttjas.

²¹⁶ Utvärderingen har inte haft möjlighet att intervjua representanter från den svenska regeringen eller Regeringskansliet. Detta är dock utvärderarnas tolkning av regeringsuppdraget till MSB.

resultat för mindre pengar. Viss personal ansåg att det fanns ett visst resursslöseri och att MSB inte gjorde tillräckligt för att hålla nere kostnader vad gäller t.ex. boende och inköp av materiel. Det bör understrykas att de snabba svängningarna i insatsens inriktning innebar ökade kostnader som är svåra att undvika. Vidare behövde MSB göra avväganden som inkluderade värdet av att samla insatspersonalen på en och samma plats och riktlinjer som att personer som arbetade direkt med ebolapatienter inte skulle dela rum med andra.

Utvärderingen bedömer att det kan ha funnits möjligheter att dra ned på vissa kostnader i Monrovia men å andra sidan att det hade varit rimligt att öka levnadsstandarden i Greenville i ett något tidigare skede än vad som blev fallet. En erfarenhet är att standard avseende boendemiljö till viss del bestämdes av den chef som var på plats utan att det fanns en central styrning eller riktlinjer. Insatspersonalen vittnade om att det inte fanns en vilja att förbättra boendet i Greenville initialt, vilket inte bara tärde på personalen men också skapade vissa hygienrelaterade risker, inte minst i en ebolakontext. Vad gäller Monrovia hade boende på ett relativt bekvämt hotell många fördelar och kunde lättare rättfärdigas när uppdragsbeskrivningen var att hela personalstyrkan skulle vara samlad och MSB skulle bedriva vård under svåra omständigheter. När uppdragsbeskrivningen ändrades hade det varit rimligt att se över boendet, t.ex. genom att låta insatspersonalen dela rum eller liknande, i de fall detta var förenligt med rådande riktlinjer. En ytterligare fråga som fick konsekvenser på kostnadseffektivitet var att MSB som en svensk myndighet *de facto* inte kunde anställa lokal personal, inte ens daglönare för vilket det fanns ett tydligt behov, utan var tvingade att vända sig till en mellanhand för att köpa tjänster. Detta påverkade MSB:s möjlighet att t.ex. hyra ett hus eller anställa personal så som städare, kockar, vakter, etc. Vidare innebar det att MSB var tvungna att betala ett högre pris för tjänster som t.ex. byggtjänster eller från chaufförer då de inte kunde köpa in dem direkt.

En faktor som var kostnadsdrivande var den svenska personalen. Lönerna var betydligt högre jämfört med t.ex. MSF. MSB bedömde att de som myndighet måste ge löner på en myndighetsnivå samt att det skulle öka chanserna att lyckas rekrytera specialistkompetens. Det fanns vissa som ifrågasatte behovet av de tre återhämtningsveckorna. Beslutet att ge tre återhämtningsveckor låg dock i linje med MSF:s rekommendationer. Utvärderingen noterar att även om det kan ha funnits utrymme att se över återhämtningstiden när uppdraget ändrades fanns det anledning att behålla dessa veckor för att ge personal möjlighet att vänta ut inkubationstiden för ebola, som också var tre veckor.

Därutöver kan diskuteras om det fanns behov av all den personal som anställdes för att insatsen skulle kunna lösa sitt uppdrag. De snabba svängarna i insatsen ställde stora krav på MSB:s förmåga att anställa och använda personal på ett kostnadseffektivt sätt. Utvärderingen bedömer att några faktorer har varit centrala för MSB i designen av insatsen. Den första faktorn är att projektledarna i Stockholm troligen alltid arbetade med en viss tidsfördröjning på mellan en och

två veckor då ny information behövde behandlas och förslag på aktiviteter behövde godkännas av Sida. Alla inblandade vittnade om att samarbetet mellan Sida och MSB fungerade väldigt bra och utvärderingen bedömer att denna process var så effektiv som möjligt. Samtidigt påverkade den oundvikligt hur snabbt MSB kunde agera, också med att genomdriva förberedelser.

Den sista faktorn som styr kostnadseffektivitet är tydlighet när insatsens mål är uppfyllda. Regeringsuppdraget var styrande för insatsen i att det fastslog storleken på de finansiella medel som avsattes och att verksamheten direkt skulle bidra till att bekämpa ebolautbrottet med sjukvårds- och logistikinsatser. Utöver dessa faktorer gav regeringsuppdraget inga ytterligare ramar för vad som skulle vara Sveriges och MSB:s specifika roll. Initialt var MSB:s primära roll att bidra med vård och isoleringskapacitet genom att driva en ETU. Hade så blivit fallet är det rimligt att anta att behovet hade uttömts när det inte fanns fler smittade att vårda, att det var antalet ebolasmittade som var drivande för behovet. När det beslutades att MSB först inte skulle driva en ETU i Monrovia och sedan inte heller i Greenville skiftade MSB:s uppdrag till att förutom att fortsatt stödja arbetet på MoD1 samt fokusera på utbildning och beredskap för att hantera nya ebolafall på landsbygden. Dessa kategorier av stöd hade mer otydliga slutdatum. Om antal ebolasmittade hade varit den centralt styrande faktorn finns det anledning att ifrågasätta om inte MSB:s stöd hade utnyttjats bättre i Sierra Leone. Från MSB var en sådan omriktning aktuell men den avslogs av UNMEER och WHO som menade att behovet av stöd i Sierra Leone var täckt. I december kom förfrågan från WHO att omrikta stödet till Sierra Leone men då detta sammanföll med ebolautbrottet i Sinoe hade inte MSB kapacitet att både skicka sjukvårdspersonal till Sinoe och Sierra Leone. Från MSB:s perspektiv visade insatsen prov på att vara flexibel och ändå svara upp till de önskemål som ställdes från WHO och UNMEER som var de organisationer som ansvarade för internationell samordning. Däremot har inte utvärderingen kunnat identifiera ett tydligt slutmål för MSB. Till viss del bedöms en kombination av efterfrågan från WHO, politiskt tryck och det faktum att MSB på förhand tilldelats ett visst belopp ha varit styrande. Utvärderingen bedömer att, givet all den osäkerhet som präglade insatsområdet, var det rimligt att MSB hade som huvuduppdrag att bidra med beredskap och samtidigt ge så mycket stöd som möjligt inom ramen för de finansiella medel som myndigheten hade tilldelats.

6 Slutsatser och rekommendationer

Utvärderingen kan konstatera att **MSB:s sjukvårdsinsats i Liberia utformades under betydande tidspress och i en miljö präglad av många utmaningar**, såsom bristande internationell koordinering och osäkerhet kring hur ebolaepidemin skulle utvecklas, samt av det faktum att det för MSB var **en ny typ av insats, med en ny förmåga**. Viktiga bakgrundsfaktorer inkluderar bl.a. att:

- Insatsen var myndighetens största internationella snabbinsats hittills och den genomfördes i en mycket komplex kontext som präglades av snabbt förändrade behov. Omsvängningar i behov, tillsammans med otydlig koordinering från UNMEER och WHO, skapade osäker beslutsgrund för MSB.
- Samarbete skedde med nya partners vilket försvårade arbetet och krävde mer resurser än vad som var brukligt inom vissa områden, t.ex. för att få till stånd internationella avtal.²¹⁷
- Det var delvis otydligt vilka de grundläggande bevekelsegrunderna för den svenska insatsen var, och därmed vilka faktorer som skulle styra fortsatt svenskt stöd.
- MSB tog på sig att leda en sjukvårdsinsats, ett område som tidigare hade nedprioriterats på myndigheten och för vilket det fanns begränsad kunskap och tillgång till relevanta resurser i personalpoolen.
- Insatsen var krävande för insatsledningen på MSB i Sverige och framför allt för personalen i fält.

Trots detta har **viktiga resultat uppnåtts**. Det internationella samfundets (och därmed insatsens) övergripande mål var att stoppa ebolautbrottet, rädda liv och minska lidande. För MSB, som i insatser svarar mot förfrågningar från internationella organisationer, bör relevansen i det stöd som bedömas mot de behov som framställs i dessa förfrågningar. **Utvärderingen kan konstatera att relevansen i detta avseende varit mycket hög**. Några av de viktigaste aspekterna av detta är att:

- MSB visade prov på snabbhet och kunde tidigt efter att ha fått uppdraget vara på plats.
- MSB uppvisade både flexibilitet och mod när man valde att inte driva MoD2 utan omriktade stödet till där det fanns tydligare behov.

²¹⁷ Det bör då förtydligas att även dessa organisationer var överbelastade och också de arbetade under förhållanden som präglades av mycket osäkerhet.

- MSB kunde på kort tid rekrytera kunnig personal som på ett professionellt och konstruktivt sätt arbetade med liberianska och andra partners.
- Genomgående under insatsen överförde MSB kunskap till sina partners och fick värdefulla erfarenheter av att delta i en internationell sjukvårdsinsats. Att MSB frågade vilka behov de liberianska motparterna hade, snarare än att berätta för dem vad de skulle göra, ansågs vara mycket bra.

6.1 Vilken skillnad gjorde MSB:s insats i Liberia?

MSB:s uppdrag i Liberia skiftade många gånger under insatsens gång men utvärderingen bedömer att MSB:s verksamhet generellt sett var **relevant och bidrog till att stoppa ebolautbrottets spridning**, om inte direkt så indirekt, och till att **rädda liv och minska lidandet för dem som var sjuka**. Nedan sammanfattas insatsens resultat och relevans för varje verksamhetsområde.

MSB:s närvaro i Liberia bidrog med **beredskap** att hantera eventuella svängningar i ebolaepidemin. Detta var aldrig en uttalad målsättning från MSB men nog så viktig både för att **stärka befolkningens förtroende för ebolavårdkapaciteten** i landet som för att faktiskt **svara på utbrott så som skedde i Greenville**.

Avseende MSB:s stöd till MoD1:

- **MSB bidrog till att ETU:n drevs mer effektivt och säkert samt med lägre dödlighet**, bl.a. genom att genomdriva förändrade vådrutiner. MSB låg bakom en utökad vätskebehandling, frekventare besök av vårdpersonal i *hot zone*, mixade vårdteam och säkrare rutiner för vårdgivningen. MSB-personalen deltog även i den direkta vården, även om denna till största del sköttes av FMT:t från Kuba och AU. MSB var vidare en central aktör när det gäller support och logistik, och genomförde många förbättringar för att göra rutiner säkrare och mer effektiva.
- **Stödet bedöms ha haft mycket stor betydelse för att ingen i personalen blev smittad av ebola.**
- **MSB bidrog också till att förbättra och utöka ETU:ns förmågor.** De införde bl.a. möjligheter för värdigare begravningar, förbättrade utskrivningsprocedurer för överlevare och säkra rutiner för familj och vänner att besöka patienter.
- **MSB bidrog med kunskapsöverföring till den lokala liberianska personalen** som arbetade på MoD1 och med materiel som gjorde att vården kunde bedrivas mer effektivt, däribland prefabricerade containrar

som kunde användas som kontor och nedkylningsrum men även förbrukningsvaror såsom kläder till patienter som kunde skrivas ut.

Avseende MSB:s stöd till FMT:t från Kuba och AU: MSB tog över det arbete som tidigare hade skötts av IHP-insatsen. Utvärderingen bedömer, utan att helt kunna särskilja på MSB-stöd och IHP-stöd, att:

- **MSB underlättade för FMT:t att verka genom att säkerställa intern sjukvård samt bidra till boende, kommunikation och transportlösningar.** Stödet var uppskattat och till viss del relevant, men inte avgörande för FMT:t att lösa sina uppgifter.

Avseende stöd till WHO:s ebolautbildning:

- **MSB möjliggjorde att utbildningen kunde flyttas från ett hotell till MoD2 vilket minskade kostnaderna och framförallt möjliggjorde synergier mellan utbildning i cold och hot zone,** vilken kunde utföras på intilliggande MoD1.
- Två individer ur MSB:s FMT blev certifierade utbildare och kunde därefter utbilda övrig MSB-personal vilket snabbade på utbildningsprocessen för dem och lösgjorde förmåga för WHO att utbilda andra. Utbildarna bistod också löpande WHO i uppgifter av logistikkaraktär. WHO uttryckte uppskattning för stödet och MSB:s kompetens. Utvärderingen bedömer att stödet var relevant och underlättande, men inte avgörande, för att WHO skulle kunna lösa sina uppgifter.

Avseende rådgivning till MoH och WHO: Utvärderingen har endast lyckats samla in begränsad information om vad detta stöd bestod i vilket gör det svårt att bedöma relevansen av stödet.

- **MoH uttryckte att stödet avseende triage var bra, men viktigare var att MSB implementerade de nya rutinerna i Greenville.** Utvärderingen har inte kunnat utröna vad den övriga tekniska rådgivning som MSB angav i hemställan till Sida bestod i. En bidragande faktor var troligen att det inte fanns specifika mål identifierade för denna verksamhet.

Avseende ETU och rapid response i Sinoe County: Initialt bestod MSB:s stöd främst av tekniskt stöd och utbildning i triage vid sjukhuset i Greenville och några CHC i Sinoe County. Utvärderingen bedömer att detta **initiala stöd var relevant och kan ha haft inverkan på att hanteringen av det ebolautbrott som skedde kort därefter var effektiv.**

- Beslutet att ta ansvar för ETU:n i Greenville var positivt då det innebar att **MSB:s resurser kunde utnyttjas mer effektivt** då det i huvudstaden fanns tillräckliga förmågor att hantera ebolautbrottet.

- MSB valde **att inte driva ETU:n i Greenville** vilket var ett korrekt, och därmed relevant, beslut.
- Ett av MSB:s bedömningsvis mest betydelsefulla bidrag till att stoppa spridningen av ebola var insatsen när ebolautbrottet i Sinoe County bröt ut i december 2014. **Att MSB aktiverade *rapid response*-konceptet och snabbt konstruerade en mini-ETU var avgörande för utbrottets begränsade spridning.** Andra faktorer som påverkade resultatet av MSB:s stöd var att MSF förstärkte MSB:s förmågor samt att personal tog ett svårt beslut trots att det innefattade betydande risker. **MSB bidrog med att rädda liv, minska lidande och begränsa utbrottet varför detta stöd var av avgörande betydelse.** MSB bidrog också i begränsad utsträckning till arbetet med *contact tracing*.

Avseende ebolarelaterad kapacitetsbyggnad i Sinoe County: Utvärderingen bedömer att detta stöd sammantaget bidrog till att öka beredskapen och förmågan att hantera eventuella nya ebolautbrott i Sinoe County.

- **Övergången från att driva en ETU till att istället satsa på att stärka den lokala förmågan i befintliga sjukvårdsinstitutioner – sjukhuset och CHC:s – var relevant och fick stort genomslag** för hela landets respons då detta blev ett gångbart koncept i flertalet andra provinser. När denna utvärdering genomfördes var stödet till två så kallade pilot-CHC:s i princip avslutat och MSB hade renoverat och utrustat sjukhuslaboratoriet.
- **MSB:s stöd som möjliggjorde triagering och isolering inom vård samt rinnande vatten och belysning var relevant och det fanns förutsättningar för detta stöd att vara hållbart över tid.**
- **Stödet till laboratoriet och kommunikationsstöd genom satellittelefon²¹⁸ var relevant men utvärderingen bedömer att hållbarheten kan ifrågasättas,** mot bakgrund av att teknisk kompetens för att använda och underhålla laboratoriet var bristfällig och reservdelar dyra och svåra att få tag på. Satellittelefonerna, som sedermera också byttes ut, var relativt dyra. Det bör dock tilläggas att MSB noggrant valt ut lämpliga CHC:s baserat på befintlig kapacitet och därmed bättre förutsättningar för hållbarhet. Utbildning och kunskapsöverföring som genomfördes i samband med detta stöd var relevant och förbättrade den lokala beredskapen och förmågan att hantera ebola över tid.

²¹⁸ Dessa byttes senare ut mot radiokommunikationsutrustning.

Avseende MSB:s mål inom jämställdhets- och miljöområdet var resultaten begränsade.

- Vad gäller genus bedömer utvärderingen att insatsen nådde vissa resultat men inte arbetade strukturerat med jämställdhetsintegrering. Utöver målsättningar som att ha en bra balans på personal och en genusrådgivare på plats, utarbetades inga verksamhetsspecifika målsättningar. Genom kompetent personal på plats **bidrog MSB till förbättringar och ökad kunskap delvis på MoD1 och delvis i stödet till sjukvården i Sinoe County.**
- Utvärderingen bedömer att **det fanns förutsättningar att lämna ett större avtryck på båda dessa områden med enkla medel så som att lyfta frågorna och arbeta med dem mer strukturerat.** Att sätta upp specifika mål, knyta experter närmare insatschefen och ha en ledning som aktivt söker att uppnå resultat på dessa områden är åtgärder som troligen skulle ha stärkt relevans, resultaten och effekt.

Insatsens kostnadseffektivitet påverkades till stor del av faktorer som MSB inte hade kontroll över, såsom en kontext som präglades av ständigt ändrade behov och en osäker krisutveckling.

- MSB fattade ett antal **verksamhetsbeslut som fick kostnadseffektiva resultat**, exempelvis att inte driva MoD2. Utvärderingen bedömer dock att MSB vid något tillfälle i november 2014 **hade kunnat backa och omvärdera insatsinriktningen och tydligare koppla denna till MSB:s styrkor och komparativa fördelar** snarare än på den personal som redan var anställd för att driva MoD2.
- **Utvärderingen bedömer att de många olika verksamhetsspåren under insatsens gång bidrog till viss splittring.** Med detta sagt bedöms MSB har varit **en av de mest flexibla parterna med förmåga att "fylla behovshål"**. Denna flexibilitet resulterade i högre kostnader. För att vara tydliga och transparenta i sina målsättningar, hade MSB med fördel kunnat ange denna flexibilitet som en specifik målsättning när det blev klart att MSB inte skulle driva MoD2. Detta skulle ha förenklat kommunikation till insatspersonal och partners samt utformandet av insatsens design.
- Då uppdragsbeskrivningen ändrades saknades en tydlig målbild för när insatsen skulle avslutas vilket bedöms ha bidragit till att insatsen tog många olika verksamhetsinriktningar. Utvärderingen bedömer att **MSB identifierade och gav stöd till områden där det fanns ett behov och där andra internationella aktörer inte arbetade**, men också att verksamheten delvis styrdes av den tillgängliga finansiella ramen snarare än av en tydlig exit strategi.

6.2 Rekommendationer

Utifrån de resultat som har presenterats ovan ger utvärderingen nedan en rad rekommendationer som syftar till att förbättra MSB:s förmåga att planera och leda sjukvårds- eller andra insatser av liknande storlek och organisation som den i Liberia.

6.2.1 Ledning, kommunikation och samordning

Det är av vikt att MSB i ett tidigt skede klargör syftet med en insats, och speciellt en som involverar ny förmåga. Detta arbete är nära kopplat till att identifiera tydliga mål och därmed insatsens avveckling samt indikatorer på att verksamheten går i avsedd riktning.

MSB bör fortsätta att arbeta med utgångspunkt i lokalt ägarskap och kunskapsöverföring till lokala parter för att främja hållbarhet, t.ex. genom utbildningsinitiativ eller tillförandet av rådgivare och mentorer.

Det är utvärderingens bedömning att insatser i för MSB nya verksamhetsområden under pågående kris med korta tidsförhållanden inte är att rekommendera. Denna insats påvisade komplexiteten med att arbeta med ett nytt verksamhetsområde som innefattade samarbete med nya partners och rekrytering av ny personal. Värdet av erfarenhet, kunskap och förmågor som MSB har byggt upp över tid bör inte underskattas.

Det kan i vissa fall finnas anledning att inte skicka resurser till en kris när behoven är okända eller ytterst osäkra. Denna bedömning behöver troligen göras från fall till fall och det är av yttersta vikt att bedömningen koordineras mellan insatschef i fält (oavsett om denne är på plats eller ännu inte utsänd) och insatsledningen i Sverige. Det låg naturligtvis utanför MSB:s kontroll att krisen ändrade karaktär så snabbt som den gjorde och just i samband med att MSB (och många andra aktörer) skulle påbörja sina insatser i Liberia. Samtidigt fanns det indikationer på hur smittspridningen utvecklades och dessa kunde MSB ha följt upp närmare.

Erfarenheterna från ebolakrisen och insatsen i Liberia visar vidare att det kan finnas stora skillnader mellan vad ansvarig (FN)-organisation efterfrågar och faktiska behov. MSB bör därför i möjligaste mån **prioritera rekognosering på plats och med relevant expertis**, speciellt för insatser av liknande storlek som den i Liberia och inom områden där MSB har begränsad erfarenhet. Syftet skulle vara att identifiera ett realistiskt uppdrag och ingångsvärden till ett insatsförslag där olika behov och tilltänkta roller tydliggörs. Med detta sagt är utvärderarna medvetna om de tidsförhållanden och krav på snabbhet som ofta föreligger.

En viktig fråga rör tydlighet i ansvarsfördelning och beslutsordning. MSB bör se över struktur och befogenheter i större insatser som drivs av MSB och inte är

en del av en FN-organisation eller liknande, också då dessa innebär ett större ansvar för insatschefen. Frågor som kan undersökas är möjligheten att rotera in projektledare och HR-experter från MSB i Sverige till plats som en del av insatsen, för att på så sätt **flytta mer planerings- och operationellt ansvar till insatsområdet**. Fördelarna med en sådan lösning är potentiellt många. Insatsen skulle få mer organisatorisk kunskap om MSB och regelverk för myndigheter i fält samtidigt som kommunikation mellan insatsen och MSB i Sverige skulle främjas. Möjligheterna till att säkra att erfarenheter och nyvunna kunskaper förs tillbaka hem till organisationer för framtida insatser skulle också öka.

Rutiner för kommunikation och beslutsvägar mellan insatsens huvudkontor och eventuella underkontor behöver tydliggöras, framförallt gällande var beslut ska fattas. Om det bestäms att underkontoren ska kommunicera direkt med MSB i Sverige måste det finnas rutiner för hur insatschefen hålls uppdaterad, inte minst för att på ett bra sätt kunna bidra till internationell koordinering. Intern informationsdelning är viktig och de rutiner och tekniska lösningar som användes i Liberia kan behöva göras användarvänligare. Vidare bör det klargöras vad t.ex. dagliga informationsmöten syftar till och hur de kan effektiviseras.

Samordning med andra aktörer i fält är centralt för att säkerställa att insatsens verksamhet är relevant. Viss försiktighet bör vidtas med hur utrustning, inklusive kläder, med särskilda logotyper används för att undvika förvirring gällande vilken organisation personalen tillhör. Framförallt är det viktigt att undvika att bära logotyper för organisationer som man inte tillhör, särskilt om dessa är verksamma i insatsområdet.

MSB bör se över riktlinjerna för hur beslut ska dokumenteras. Detta är särskilt viktigt i de fall det får konsekvenser för insatspersonal, såsom var fallet rörande osäkerheten kring avtalsbiten i denna insats. Det är också viktigt att den övergripande riskanalysen för insatsen regelbundet uppdateras samt att information om risker, såsom möjligheter till medicinsk evakuering, kommer insatspersonalen till del. Ett annat exempel där spårbarhet i beslut är särskilt viktigt är när dessa avviker från regler som gäller för en myndighet (gällande t.ex. daglönare) så att detta kan följas upp på ett korrekt sätt.

För att ta fram en ny förmåga är samverkan med andra myndigheter av yttersta vikt. Många av de myndigheter som arbetade med MSB vittnar om att samarbetet fungerade bra. Det fanns dock utrymme för utveckling, exempelvis hade det förmodligen varit värdefullt för MSB att kunna dra på det nätverk av infektionsspecialister, både i Sverige och internationellt, som Folkhälsomyndigheten har. Det kan noteras att det finns ett bristande samförstånd kring vad samverkan innebär i praktiken. Det skulle stödja myndighetssamverkan om det fanns utarbetade riktlinjer, i ett insatsperspektiv, för hur detta bäst bör ske och hur beslut ska dokumenteras.

6.2.2 Personalfrågor

Den egna organisationen på MSB är central i framtagandet av en ny förmåga och det är viktigt att förstärka speciellt belastade funktioner. Både projektledarna och HR-funktionen förstärktes i ett tidigt skede med externt rekryterad personal. Det var dock en utmaning att några av dessa personer inte hade kunskap om MSB. En erfarenhet är att i så stor grad som möjligt förstärka funktioner efter behov med personal från MSB så att all personal som har kontakter utåt, t.ex. med nyrekryterad personal, som minsta krav har kunskap om myndigheten.

Avseende ledning och styrning finns det anledning för MSB att se över ansvar mellan projektledarna och insatschefen. **Insatschefen behöver ha befogenheter att styra över personalfrågor** och stöd av en HR-expert i fält. För MSB-insatser som är av denna storlek och framförallt om de inte tillhör en annan organisation bör det vara ett krav att insatschefen, alternativt att biträdande insatschef eller stabschef, har långtgående kunskaper om MSB, kanske också med bakgrund som projektledare från MSB i Sverige.

De krav som ställdes på insatschefen och som innefattade både ansvar för insatsinterna frågor och att representera insatsen utåt bedöms varit orimligt stora. **MSB behöver säkerställa att central personal anställs**, såsom en biträdande insatschef i detta fall. Om detta inte är möjligt behöver uppdraget anpassas utefter de förmågor som finns tillgängliga. **Eventuellt bör MSB skapa tydliga riktlinjer för vilka positioner som måste finnas på plats för att en insats ska sändas ut.** Vidare bör **rutiner säkras för att säkra smidig överlämning mellan utgående och inkommande insatspanpersonal.**

Vid en liknande framtida insats som den i Liberia bör det finnas genomarbetade rutiner för kommunikation med insatspanpersonal. Information som förmedlas till personal kan t.ex. också signalera en rådande osäkerhet gällande uppdraget vilken kräver flexibilitet och anpassning i fält.

Förberedande utbildning är av yttersta vikt, speciellt för personal som inte tidigare har varit ute på insats. **MSB bör etablera minimumkrav på vad en insatsmedarbetare ska få för förberedelser och åtminstone i ett tidigt skede förse den med en arbetsbeskrivning**, även om denna regelbundet skulle behöva uppdateras. Det kan tilläggas att det är svårt att utvärdera personal utan någon slags arbetsbeskrivning.

När MSB verkar som en egen insats förstärks vikten av att ha förmåga att koordinera med övriga aktörer, både lokala och från det internationella samfundet. För att effektivisera denna förmåga är det lämpligt att vissa positioner har längre rotationer och tydligt ansvar för att representera MSB i olika möten. **Målsättningen bör vara att samma person så långt som möjligt representerar MSB vid återkommande möten.**

6.2.3 Jämställdhets- och miljöintegrering

MSB bör vidareutveckla rutiner för vad som gäller och vem som har ansvar för att agera om det uppstår företeelser som strider mot MSB:s uppförandekod. En tydligare intern struktur och rollfördelning bedöms kunna öka förutsättningarna för att arbeta med denna typ av frågor. I detta avseende behöver MSB säkerställa att det finns väl utarbetade arbetsbeskrivningar för personal. Genusrådgivarens roll och ansvar kopplat till MSB:s uppförandekod bör tydliggöras.

Insatschefen är ytterst ansvarig för att jämställdhetsaspekter blir en viktig grundbult i insatsen, och ska alltid handla föredömligt. **I detta sammanhang innebär det att chefen deltar när beslut fattas rörande jämställdhet, sätter upp tydliga mål och driver dem i praktiken, samt gör regelbundna uppföljningar.** Det inkluderar också att föra en aktiv dialog med medarbetare rörande jämställdhet och dess centrala roll i en insats samt ta individens funderingar på allvar. **För att lyckas med detta bör det vara ett krav att blivande insatschefer får utbildning och övning i genus- och jämställdhetsintegrering.** Därutöver bör det vara en prioriterad del i utbildningen för all insatspersonal.

MSB är i framkant vad gäller miljöarbete. För att ta vara på denna komparativa fördel och bidra i största möjliga mån, är det att rekommendera att MSB ser över möjligheterna att tydligare prioritera att rekrytera och sända ut miljöexperter.

För att lyckas med både jämställdhets- och miljöintegrering är det viktigt att tydliga mål och relaterade aktiviteter specificeras i ett tidigt skede.

6.3 Hur nära är MSB att ha en förmåga som kan bidra med medicinskt team?

MSB har genom sjukvårdsinsatsen i Liberia byggt mycket kunskap om de krav och behov som finns för denna typ av insats. Utvärderingen bedömer dock att det finns anledning att vidta en rad åtgärder om myndigheten skulle leda en framtida sjukvårdsinsats. Av dessa understryks vikten av följande områden:

- Det är inte självklart att en framtida FMT-förmåga skulle ligga under MSB. Medan MSB har omfattande erfarenhet av att skicka ut personal till internationella insatser har andra myndigheter mer sjukvårdskompetens och större vana att arbeta med sjukvårdspersonal. **En framtida FMT-förmåga skulle t.ex. kunna byggas gemensamt med sådana myndigheter.** Utöver att relevant personal bör finnas i MSB:s (eller en annan myndighets) personalregister **behövs förmodligen samövning för att stärka förmågan.**

- I samband med denna insats rekryterade MSB en hel del sjukvårdspersonal. Delar av denna personal uttryckte att de skulle kunna tänka sig att åka ut med MSB igen. **För att personalen ska vara bättre förberedd behöver de genomgå MSB:s grundutbildningar, inte minst för att få ökad kännedom om MSB som myndighet** och vilka krav som föreligger för att arbeta för en myndighet i fält.
- En lärdom rör allt det arbete som gjordes för att få till stånd ett avtal först med WHO och sedan med Liberia. **Det behöver klargöras mellan i första hand MSB/Sverige och WHO vad som ska gälla i framtida insatser, och i andra hand vilka olika möjligheter MSB har att teckna bilaterala avtal** om WHO inte heller i framtiden står för paraplyavtalet med värdlandet.
- **Det är av största vikt att medicinsk evakuering av personal säkras i ett tidigt skede.** Den lösning som till slut valdes i Liberia med att köra in en ambulans i ett Herkulesflyg hade förmodligen fungerat men var inte optimal. Dels skulle den ha varit ganska tidskrävande i termer av att ta sig till Monrovia och tillbaka. Därutöver var den inte särskilt flexibel då den inte kunde användas i Greenville p.g.a. begränsade landningsmöjligheter. Detta förorsakade stora begränsningar för MSB:s möjligheter att verka i Sinoe County.
- **En ytterligare fråga som kan försvåra för MSB att bedriva större sjukvårdsinsatser är att myndigheten i praktiken inte kan anställa lokal personal.** Detta kan begränsa MSB:s möjligheter att styra och utveckla en insats. Att MSB inte ansvarar för den lokala personalen kan också utgöra en säkerhetsrisk. Detta skedde i Greenville där en incident hade kunnat få betydligt allvarigare konsekvenser än vad som blev fallet.²¹⁹
- En slutlig lärdom handlar om behovet att **förtydliga roller och ansvar bland personal i ett FMT och att arbeta aktivt med att förstärka insatspersonalens team-känsla.** Detta handlar om ledning och styrning såväl som hur man uppträder mot varandra och vad som är acceptabelt och inte. Vidare behöver MSB arbeta aktivt med hur organisationskulturen ska premiera sjukvårdsbehov i en sjukvårdsinsats medan andra funktioner ska vara stöttande för de sjukvårds- och hälsomål som sätts upp.

²¹⁹ Det finns vittnesmål om incidenter i Sierra Leone där den lokala personalen hotade med att stänga in internationell personal i *hot zone* om de inte fick lön utbetald.

6.3.1 Rekommendationer avseende en eventuell FMT-förmåga

Beträffande frågan **om Sverige ska ha en FMT-förmåga** under MSB bedömer utvärderingen att detta framförallt **bör undersökas i termer av var Sverige kan ha komparativa fördelar gentemot andra länder**. En central fråga är tillgänglighet av sjukvårdspersonal. Det faktum att svensk sjukvårdspersonal oftast är anställd vid landstingen försvårar chanserna att snabbt kalla in dem för internationella uppdrag.

En möjlighet som har pekats på av flertalet respondenter är att **ett eventuellt framtida svenskt FMT under MSB bör vara av typ 4 (special team)**.²²⁰ Detta skulle fokusera på en eller ett fåtal specialiserade och kapitalintensiva förmågor, såsom en mobil laboratorieförmåga, en medicinsk evakueringsförmåga eller en så kallad *referral and transportation capacity*. Den sistnämnda handlar om att flytta patienter inom ett insatsområde och skulle kunna bygga på den ambulansvårdskapacitet som MSB redan har personal för.

MSB bör vara öppna för vilken roll andra myndigheter skulle kunna ha i en permanent FMT-förmåga. Alla svenska partners konstaterade att MSB var den enda aktören med tillräcklig operativ förmåga att leda ebolainsatsen. För framtida insatser kan det finnas anledning att överväga vilken roll KI, Folkhälsomyndigheten (vid infektionsepidemier) och andra relevanta myndigheter och organisationer skulle kunna ha inom ramen för ett framtida FMT. Områden som bör undersökas är om MSB:s (eller om det blir en annan myndighet som leder FMT-förmågan) organisation kan förstärkas upp med temporära sekonderingar eller utbyten myndigheter emellan.

En viktig egenskap för ett eventuellt framtida FMT är att det är självförsörjande, också för medicinsk evakuering. I de fall MSB inte kan garantera medicinsk evakuering måste det finnas ett riskmedvetet och dokumenterat beslut för vilka arrangemang som gäller.

Om MSB ska utveckla ett framtida FMT bör man **arbeta med den sjukvårdspersonal som efter ebolainsatsen nu finns i poolen samt kanske utöka denna för att höja flexibiliteten**. Det skulle troligen vara värdefullt för MSB att genomföra aktiviteter, individuella eller i grupp, med den personal som redan finns med i poolen i syfte att samla in erfarenheter och öka chanserna att dessa personer vill arbeta för MSB också i en framtida insats. För den personal som är intresserad är grundutbildning centralt.

²²⁰ Se bilaga 2.

Bilaga 1: Referenslista

American Evaluation Association *Guiding Principles for evaluators* (2014), nedladdad 2015-02-16 från: <http://www.eval.org/p/cm/ld/fid=51>.

BBC (2015), *Ebola: Mapping the outbreak*, nedladdad 18 mars 2015 från <http://www.bbc.com/news/world-africa-28755033>.

Borgström, Agneta (2015), "Svidande kritik från tidigare anställda mot MSB:s ebolainsats", *OmVärlden*, 3 mars 2015.

Karolinska institutet (2015), *Foreign Medical Teams response to the West African Ebola Outbreak; was the world good enough?* Seminarium den 9 april 2015

MSB (2011:1) "Inriktning för arbetet med jämställdhet och mångfald för ökad kvalitet och effektivitet i insatsverksamheten 2011-2015".

MSB (2011:2) "Inriktning för arbetet med miljöintegrering i insatsverksamheten 2011-2015".

MSB (2014), Information på MSB:s hemsida, *Vad gör MSB?*, 2015-01-08, nedladdad den 9 februari 2015: <https://www.msb.se/sv/Insats--beredskap/Hantera-olyckor--kriser/Specifika-handelser/Ebola/Vad-gor-MSB/>

MSB (2014-10-28), *Förfrågan om stöd till insats*, Dnr 2014-5004, s.5

MSB (2014-11-24), *Hemställan FMT till Liberia – Beslutsperiod 1*, Dnr 2014-5004, s. 4.

MSB (2014-12-18), *Hemställan FMT till Liberia – Beslutsperiod 2*, Dnr 2014-5004, s.1-3

MSB (2015-02-18), *Förfrågan om stöd till insats*, Dnr 2015-490.

Norton, Ian; von Schreeb, Johan; Aitken, Peter; Herard, Patrick and Lajolo, Camila (2013), *Classification and Minimum Standards for Foreign Medical Teams in Sudden Onset Disasters*, Geneva: WHO

OECD (2015), *Evaluation of development programmes - DAC Criteria for Evaluating Development Assistance*, hämtad den 9 februari 2015: <http://www.oecd.org/dac/evaluation/daccriteriaforevaluatingdevelopmentassistance.htm>

Onishi, Norimitsu (2015). Empty Ebola Clinics in Liberia Are Seen as Misstep in U.S. Relief Effort, in *NY Times*, 11 april 2015, nedladdad 8 maj 2015: <http://mobile.nytimes.com/2015/04/12/world/africa/idle-ebola-clinics-in-liberia-are-seen-as-misstep-in-us-relief-effort.html?smid=tw-share&r=2&referrer=%20>

Patton, Michael Quinn (2008), *Utilization-Focused Evaluation*, nedladdad den 9 februari 2015:

<http://www.oecd.org/dac/evaluation/daccriteriaforevaluatingdevelopmentassistance.htm>

Regeringen (2014), Pressmeddelande från Utrikesdepartementet och Socialdepartementet, *Sverige bidrar med sjukvårdsinsatser i arbetet mot Ebola i Västafrika*, 2014-10-16, nedladdad den 9 februari 2015: <http://www.regeringen.se/sb/d/18915/a/248195>

Socialdepartementet (2014), *Uppdrag att förbereda och samordna resurser samt andra insatser med anledning av ebolautbrott i Västafrika*, S2014/7147/FS

Spencer, Craig (2015), "Having and Fighting Ebola — Public Health Lessons from a Clinician Turned Patient", *The New England Journal of Medicine*, 25 februari 2015.

Sveriges Radio (2015), *Dagens Eko*, 2015-02-09 kl. 16:45.

Sveriges Radio (2015), "Svidande kritik mot WHO:s hanterande av ebolaepidemin", 11 maj 2015, <http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=83&artikel=6162980>

WHO (2015), *Report of the Ebola Interim Assessment Panel*, 7 juli 2015.

WHO (2015), *Ebola Situation Report - 11 March 2015*. Nedladdad 19 mars 2015: <http://apps.who.int/Ebola/current-situation/Ebola-situation-report-11-march-2015>

WHO (2011), *Coordination and registration of providers of foreign medical teams in the humanitarian response to sudden on-set disasters – a health clusters concept paper*, papper från 27 maj 2011, nedladdad den 13 februari 2015: http://www.who.int/hac/global_health_cluster/fmt_concept_paper_27may2011.pdf?ua=1

WHO (2014), kartor över ebolaepidemin, <http://www.who.int/csr/disease/ebola/maps/en/>

Lista över respondenter för denna studie

Lee Austin, camp tekniker och elektriker, Monrovia

April Baller, Dr., Training and Case Management, WHO

Magnus Bengtsson, Projektledare, MSB Sverige

Annika Bergström, sjuksköterska Monrovia och Greenville*

Elin Bucher, sjuksköterska, Monrovia och Greenville*

Mr. Philip Bemah, MoH

Ivonne Camaroni, Chief Medical Officer, MSB Monrovia

Ella Carlberg, Jurist, MSB
Timothy Connolly, Director of Operations, UNMEER
Christian di Schiena, Biträdande enhetschef, MSB
Dr. Juan Carlos Dupuy Nunez, Head of team, Cuban FMT
Ulrika Edén, Projektledare, MSB
Tommy Engström, camp tekniker, Monrovia
Anneli Eriksson, Karolinska institutet
Björn Forssén, läkare (tidigare arbetat för WHO)
Dr. Wilmot G. Frank Jr, County Health officer, Sinoe County Health Team
Alex Gasasira, WHO Representative a.i.
Dr. Joseph Gayflor, Medical Director at F.J Grante Hospital*
Helen Hagström, HR-handläggare, MSB
Anne Helenius, sjuksköterska, Head Nurse MoD1*
Mr. Stephen B Henah, MoH
Stina Hjalmarsson, Verksamhetsansvarig, MSB
Heidu Huusko, DRR-handläggare, MSB
Arash Izadkhasti, Medical Coordinator, Greenville*
Jan Karlsson, Team Leader, Greenville och Projektledare, MSB
Jari Koivumaa, Team Leader, Greenville*
Abu Kokofele, Child Protection Advisor, Save the Children
Emilio König, Team Leader, Greenville, och Projektledare, MSB
Caroline Lundberg, sjuksköterska Monrovia*
Peter Lundberg, Enhetschef, Sida
Adam Kahsai-Rudebeck, Handläggare, Sida
Ling Merete Kituyi, FMT Co-ordinator, WHO
Maria Monahov, Genusrådgivare, Monrovia
Dr. Soka Moses, Medical Director at MoD
Kristin Mörth, HR-Chef, Monrovia
Dr. Thelma Nelson, MoH

Anders Nordmark, Medicinsk koordinator, MSB*

Ewa Nunes Sörensen, Sida-chef, svenska ambassaden i Monrovia

Kerstin Oldgren-Degerman, sjuksköterska MoD1 och staff health*

Dr. Pablo Raventos Vaquer, Deputy Team Coordinator, Cuban FMT

Hanna Pütsep, Jurist, Monrovia och MSB

Mr. Rolando, logistician, Cuban FMT

Ulrika Roos, HR-handläggare, MSB

Hans Rosling, rådgivare till Ministry of Health*

Johanna Sandwall, Krisberedskapschef, Socialstyrelsen

Martin Sjöholm, Insatschef, Monrovia

Judit Sundström, läkare Greenville*

Anders Tegnell, Avdelningschef, Folkhälsomyndigheten

Thomas Tolfvesson, Infektionsläkare, Folkhälsomyndigheten

Johan von Schreeb, Karolinska institutet

Martin Wahl, Chief Medical Coordinator, Monrovia*

Rickard Wennergrund, logistiker (supply officer), Monrovia och Greenville

Sam Wigorosky, USAID

Ann-Charlotte Zackrisson, Enhetschef, MSB

* Telefonintervju

Bilaga 2: WHO:s FMT-Specifikation

Behovet av att öka harmonisering av FMT:s har sitt ursprung i tsunamikrisen 2004 och jordbävningsskrisen på Haiti 2010.²²¹ För att svara upp mot de behov som åskådliggjordes under dessa kriser har arbetsgruppen FMT Working Group under den så kallade Global Health Cluster (GHC) som leds av WHO utarbetat standarddefinitioner avseende FMT-förmågor och klassificering samt krav för ackreditering. En liknande global registreringsmekanism finns för så kallade *urban search and rescue teams*.²²²

Det finns tre olika kategorier FMT beroende på deras förmågor enligt följande (engelska definitioner används):²²³

- **FMT Type 1: Outpatient Emergency Care**

Outpatient initial emergency care of injuries and other significant health care needs

- **FMT Type 2: Inpatient Surgical Emergency Care**

Inpatient acute care, general and obstetric surgery for trauma and other major conditions

- **FMT Type 3: Inpatient Referral Care**

Complex inpatient referral surgical care including intensive care capacity

Därutöver finns det för typ 2 och 3 FMT eller lokala sjukhus ytterligare specialvårdsenheter (som ibland omnämns som FMT Type 4).²²⁴ FMT-förmågan omhuldas därutöver av en rad specifikationer avseende krav på personal, förmåga att skickas ut under kort varsel samt förmåga att anpassa förmågan till de behov som finns i det utsatta området.²²⁵

Avseende det stöd WHO efterfrågade från MSB specificerades de önskemål och krav som inkom till MSB från WHO i tabellerna nedan:²²⁶

Tabell XX: Tjänster och funktioner som förväntas av ETC

²²¹ WHO (2011), *Coordination and registration of providers of foreign medical teams in the humanitarian response to sudden on-set disasters – a health clusters concept paper*, papper från 27 maj 2011, nedladdad den 13 februari 2015: http://www.who.int/hac/global_health_cluster/fmt_concept_paper_27may2011.pdf?ua=1

²²² Ian Norton, Johan von Schreeb, Peter Aitken, Patrick Herard, Camila Lajolo (2013), *Classification and Minimum Standards for Foreign Medical Teams in Sudden Onset Disasters*, Geneva: WHO, s. 12

²²³ Norton et al (2013), s. 28

²²⁴ Ibid.

²²⁵ Ibid. s. 30

²²⁶ MSB (2014-10-28), *Förfrågan om stöd till insats*, Dnr 2014-5004

Services provided	<ul style="list-style-type: none"> • In-patient care providing: • Intravenous and/or oral rehydration therapy. • Essential care of significant co-infections in Ebola patients. • Isolation/quarantine (including separation of suspected from confirmed cases). • Strict infection control measures. • In-patient sustenance (provision of food & water). • Proper waste disposal. • Handling of dead bodies.
Human Resources; International team of at least 25 personnel	<ul style="list-style-type: none"> • Leadership- Team Leader, deputy team leader and leaders of medical, nursing and logistics (5) • Medical staff (International and National) of at least one Nurse/Paramedic per patient bed, and one Doctor per ten Nurses. (Example: 100 beds = 100 Nurses/ Paramedics/ Hygienists & 10 Doctors) Suggested at least 10% of total clinical staff are provided by FMT (estimated 10-15 nurses and 3-5 doctors) • Logistic support staff (over 100 national staff, including cleaners, sprayers, security, drivers, laundry, cooks etc) led by technical experts in logistics, water and sanitation in field hospitals, provided by FMT (3-5 experts) • Other roles (Infection control, psychological support, community liaison etc) (5)
Infection Control	Equipment to ensure hygiene and infection control, Personal Protective Equipment (PPE), and extensive supplies of such equipment for several months of activity.
Logistics & Equipment	Field hospital facilities, beds, and equipment including all medical equipment for supportive clinical care of severe gastro intestinal infection and fluid losses. This will be provided for the responding FMT by Donor Government and UN partners to ensure smooth functioning of the facility.

Tabell XX: Standardkrav på FMT

International Standards Compliance	Team is compliant with the Principles and Core Standards of FMT deployment ref. page 18-19 inclusive, of the WHO FMT classification and minimum standards book found at: http://www.who.int/hac/global_health_cluster/fmt_guidelines_september2013.pdf?ua=1
Team Travel/ Logistics	<ul style="list-style-type: none"> • FMTs are self-sufficient and should not put demand on logistic or financial • support from the affected country Government, unless agreed otherwise • before deployment. • FMTs are responsible for their own travel and logistics arrangements, • including accommodation, food & water logistics for their team, unless by • prior arrangement.

	<ul style="list-style-type: none"> • FMTs must ensure their own security plan, evacuation and medical repatriation arrangements.
Language	Proficient in the language of the deployment site [ENGLISH: Liberia, Sierra Leone; FRENCH: Guinea]
Qualifications	FMTs will adhere to professional guidelines: all staff must be registered to practice in their home country and have license for the work they are assigned to by the agency.
Safety & Infection Control	<ul style="list-style-type: none"> • Team competent in PPE and infectious control measures appropriate for the ETC as per published WHO standard, for the duration of deployment. • Specialised water & sanitation support for the treatment/isolation unit. • Ambulance capacity or through national providers. • Safe dead body handling protocol must adhered to.
Staff & skill sets required	<p>Nurses (and or paramedics)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Experience in emergency and/or critical care, with ability to insert peripheral • Intra venous catheters. At least two should be experts in infection control measures. • At least one per shift should have experience in pediatric practice. • 1 Nurse per 4 beds per shift, allowing for breaks due to PPE requirements in hot and humid conditions. <p>Doctors</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expertise in infectious disease management, acute/critical care, emergency medicine or similar. Ideally several will have specific tropical medicine • experience and all should be clinically current to practice and of senior or specialist level. • Ratio of 5-10 Nurses to every 1 Doctor. <p>Logistics & Security Support Staff</p> <ul style="list-style-type: none"> • Staff to set up ETC, and ensure water, sanitation, & power to the unit. • Staff to ensure the security of the ETC. <p>*National staff to be hired on-demand, in country as needed.</p>
Medical & laboratory supplies required	<ul style="list-style-type: none"> • Medical supplies and consumables required to run an inpatient facility with case load can be delivered through logistics support (e.g. UNMEER) if required and articulated by FMT. • Laboratory- point of care and rapid testing for electrolytes, Malaria etc. (Ebola testing done by specialised labs and is not the FMT's responsibility). • FMTs will ensure that all pharmaceutical products and equipment they bring comply with international quality standards and drug donation guidelines.

Tabell 3: WHO:s stöd och åtagande gentemot FNT-bidragande land

Coordination	The FMT will operate under the Ministry of Health (MOH), WHO will ensure coordination between MOH and FMTs.
Training	Specific training in Ebola management and IPC/PPE will be offered to the deploying team by WHO on arrival and on a regular basis.
Treatment Protocols	Treatment regimens etc. will be coordinated in conjunction with WHO technical experts and GOARN-deployed staff and recent WHO and CDC supplied case management protocols.
Technical Support	<ul style="list-style-type: none"> •Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN) and/or WHO technical staff can be offered to the FMT to advise. •Technical support from MSF and WHO logisticians, and MSF clinical staff, may be negotiated with assistance from WHO if required.
Laboratory	WHO-recognized Ebola laboratory provider access will be provided to each ETC/FMT.
Logistics	Logistics support arrangements to resupply ETCs is currently being finalized but will be assisted by UNMEER and by major donor partners.

Denna utvärdering undersöker de insatser Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) genomförde till stöd för att hantera ebolautbrottet i Liberia 2014-2015 – myndighetens hittills största internationella snabbinsats. Syftet är att bedöma vilka resultat MSB uppnådde, vilka faktorer som bidrog till dessa resultat och om insatsen möjliggjorde en framtida permanent internationell sjukvårdsförmåga (Foreign Medical Team, FMT) hos MSB.

Den 16 oktober 2014 beslutade Sveriges regering att tilldela MSB 100 miljoner kronor, vilka var öronmärkta för ebolarelaterade insatser i Västafrika. MSB beslutade, på förfrågan från Världshäsoorganisationen (World Health Organization, WHO), att bidra med ett FMT som skulle driva en så kallad ebolavårdenhet (Ebola Treatment Unit, ETU) i Monrovia, Liberia.

Insatskontexten var snabbföränderlig och MSB:s uppdrag skiftade ett antal gånger. MSB beslutade, i enlighet med den förändrade behovsbilden, att inte öppna den ETU som de hade tilldelats. Istället gav sjukvårdsteamet stöd till en annan ETU, gav råd till det liberianska hälsovårdsministeriet samt bistod den sydöstliga provinsen Sinoe County med att hantera ett ebolautbrott och förstärka ett antal hälsokliniker.

MSB visade prov på snabbhet och flexibilitet under insatsen och bidrog med kunnig personal som på ett professionellt och konstruktivt sätt samarbetade med liberianska partners. God myndighetssamverkan karakteriserade också insatsen. Att sätta samman en sådan stor insats som till ungefär hälften bestod av sjukvårdspersonal var dock nytt för MSB, och utveckling av en ny förmåga under en pågående kris ställde stora krav på myndigheten. Insatsens storlek och komplexitet ställde stora och delvis nya krav på ledning, personalhantering, kommunikation och samordning. Rapporten diskuterar erfarenheter inom dessa områden och resonerar kring en eventuell FMT-förmåga hos MSB.