



Rektor

Socialdepartementet
103 33 Stockholm

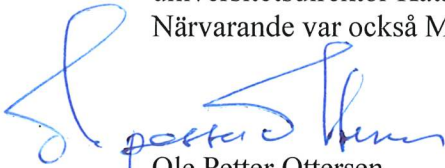
**Remissvar avseende betänkandet Hälsa- och sjukvård i det civila försvaret-
underlag till försvarspolitisk inriktning (SOU 2020:23)**

(Ert dnr S2020/02826/FS)

Karolinska Institutet har anmodats att lämna yttrande över delbetänkandet Hälsa- och sjukvård i det civila försvaret- underlag till försvarspolitisk inriktning (SOU 2020:23). Bifogat yttrande har utarbetats av en arbetsgrupp bestående av professor Johan von Schreeb, Institutionen för global folkhälsa, professor Carl Johan Sundberg och professor Clas Rehnberg båda vid Institutionen för lärande, informatik, management och etik.

Bifogat yttrande överlämnas härmed.

Beslut i detta ärende har fattats av undertecknad rektor Ole Petter Ottersen i närvaro av universitetsdirektör Katarina Bjelke efter föredragning av utredare Maria Schönnings. Närvarande var också Medicinska föreningens vice ordförande Puck Norell.



Ole Petter Ottersen



Maria Schönnings

Bilaga

YTTRANDE

SOU 2020:23 HÄLSO- OCH SJUKVÅRD I DET CIVILA FÖRSVARET

Dnr S2020/02826/FS

Sammanfattning

Karolinska Institutet begränsar sitt yttrande till de områden som direkt berör myndighetens ansvarsområde. I stort har KI inga invändningar till de förslag och ytterligare fördjupningar som utredningen föreslår. Dock konstaterar vi att delbetänkandet färdigställdes innan Covid-19-pandemin drabbat Sverige. Det gör att många av de utmaningar och erfarenheter inom utredningens område som pandemin gett upphov till som; Samordning mellan civila myndigheter och försvarsmakten och begreppet civilt försvar, kapitel (3), Prioriteringar (4), Hälsa och sjukvårdens kapacitet (5), Transporter i kris (6), Personalförsörjning (7), Förnödenhetsförsörjning (8) samt Utbildning och övning (9) inte finns med. De problem och förslag som lyfts i utredningen hamnar efter pandemin i en annan dager. För att tillse relevans bör erfarenheter från Covid-19-pandemin komplettera utredningen framgent. I ett sådant arbete bör det definieras vilken planering och beredskap som är gemensam för olika typer av kris och katastrofer, dels vilken beredskap som är specifik för händelser som krig, terror, pandemier etc.

Vi konstaterar även att utredningens fokus är hantering av en stor mängd skadade från krigs- eller terrorhandlingar och att det är sjukvård (och sjuktransporter) snarare än hälsovård i dess bredare aspekter som avhandlas. Det saknas ett folkhälsoperspektiv som på ett bredare sätt innefattar hur hälsan påverkas i kris och katastrof och i vilken grad undanträngningseffekter (som nämns) påverkar hälsan på kort och längre sikt och hur detta kan minimeras. Hur kan beredskap byggas för att säkerställa preventiva insatser (som exempelvis vaccinationer), diagnostisk kapacitet (exempelvis tester för kända och tidigare okända smittämnen) och tillgång till behandling (läkemedel, apparatur och materiel)?

Inom katastrofmedicin är begreppet ”all hazards” (alla typer av hot/faror) centralt. Det innebär att en god katastrofmedicinsk beredskap måste innefatta förmågor att hanteras alla möjliga hot och de hälso- och sjukvårdsproblem som kan följa. Vi menar att utredningen skulle stärkas med en bredare ansats avseende typ av hot och dess folkhälsoaspekter. Vidare bör hälsosystemet som helhet vara grunden snarare än sjukhus. Hälsosystemets motståndskraft mot olika hot och dess förmåga att trots hot fortsätta leverera vård och preventiva insatser bör vara ansatsen.

Utbildning och övning inom katastrofmedicin är investeringar i framtidens civila försvar och stärker samhällets redundans framgent. Det krävs ett nationellt curriculum för katastrofmedicin som behöver läras ut på olika nivåer; från några timmar till några veckor. Utbildning och övning bör ske interprofessionellt och regelbundet. Övningar är dyra och resurskrävande och nationella resurser måste avsättas för att universiteten ska kunna ta fram, kvalitetssäkra och genomföra verklighetsnära övningar med olika scenarier, exempelvis talrika, vitt skilda och komplexa trauman eller omfattande smittspridning.

Per kapitel

4.4. Mål för hälso och sjukvården vid kris och krig

KI stöder utredningens förslag på målsättning för den civila hälso- och sjukvården och att den av riksdagens beslutade prioriteringsplattformen och Genève-konventionerna ska utgöra utgångspunkten för vårdprinciper i kris och krig. Dock behöver det tydliggöras vad det praktiskt innebär för läkare och sjuksköterskor inom verksamheten. Aktuella anpassningar är nödvändiga, se de principer som togs fram för att prioritera intensivvårdsplatser under Covid 19 pandemin¹

5. Hälso och sjukvårdens förmåga i kris och krig

Värdefulla erfarenheter från hur sjukvården ställde om för att hantera Covid-19 är centrala för detta kapitel. Intensivvårdsplatser mobiliserades snabbt och omfattande. Den erfarenheten bör ligga som grund för förslaget att Socialstyrelsen och regionerna ska sammanställa vilken vårdkapacitet som finns (och bör finnas) i landet. I utredningen (5.3.2) föreslås en fördubbling av antalet vårdplatser, med den nya erfarenheten bör relevansen av det belysas utifrån ett ”all hazard” scenario.

Beträffande nivåstrukturering av vården diskuteras i utredningen behovet av dels koncentration av traumavård, dels att vid höjd beredskap och krig behöver viss traumavård kunna bedrivas på merparten av alla akutsjukhusen. Mot bakgrund av den regionala strukturen bör en nationell planering vara tydlig för koordinering av samtliga resurser som vårdplatser, kompetensprofil hos personal m.m.

5.3.3 Förstärkning för laborativ verksamhet

I detta avsnitt diskuteras främst hur diagnostisk förmåga, inte minst vad gäller smittämnen, skall kunna upprätthållas och förstärkas av Försvarsmakten och vissa andra myndigheter. I betänkandet anges att ”I den aktörsgemensamma CBRN-strategin framhålls att det finns brister i dag när det gäller förmåga att analysera mikroorganismer.” KI bedömer att det inom flera universitet finns både djuplodande forskningsbaserad expertis och utrustning för att snabbt tillgängliggöra en mycket omfattande diagnostisk kapacitet, både vad gäller kända och tidigare okända smittämnen. Detta har med stor tydlighet framkommit under Covid-19-pandemin. För att vid universitet kunna säkerställa en god beredskap som kan vara igång inom fem dagar och som är oberoende av marknadens leverantörer inom landet eller från utlandet, bör en förmåga utvecklas för nationell produktion av reagens, förbrukningsartiklar och olika ”analyskit”.

5.4 Masskadeplanering.

KI stöder att ett nationellt perspektiv skapas kring triage, planering och hantering av masskadesituationer.

¹ <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/nationella-prioriteringar-intensivvarden.pdf>

6. Sjuktransporter i kris och krig

I utredningen betonas behovet av en effektiv prehospital vård med insatser på plats samt transporter till adekvat vårdinrättning (MEDEVAC, CASEVAC). KI stöder förslaget, men betonar att utvecklingen av beslutstöd inom prehospital vård bör integreras med existerande utbildnings- och utvecklingsinsatser där såväl tidsaspekten som nivån för behandling inklusive påföljande vårdkedja har beaktats (exempel: sepsis, stroke m.m.).

9. Utbildning och övning

KI konstaterar liksom utredningen beskriver att ämnet katastrofmedicin till stor del försvunnit från läkar- och sjuksköterskeprogrammets grundutbildningar. Dock nämns inget om nationellt ansvar för redan legitimerad vårdpersonal. Katastrofmedicinsk kompetens är en nationell resurs som inte bara regionerna bör ges ansvar för utan även Socialstyrelsen bör ges ett tydligt uppdrag att förvalta och leda samordningen av. Att bygga kommande generationers katastrofmedicinska förmågor är ett långsiktigt arbete som kräver nära koppling till både forskning och det katastrofmedicinska fältet. Externa resurser för detta måste säkerställas. De ramavtal som under våren 2020 tillslut har tecknats mellan Socialstyrelsen och tre universitet (varav KI är ett) för kunskapscentrum inom områdena traumatologi och global katastrofmedicin är ett konkret sätt att kanalisera stöd för både forskning och utbildning inom ämnet.

Mot bakgrund av nuvarande brister och obalans i specialisering av läkare och sjuksköterskor, bl.a. allmänläkare, finns skäl till en tydligare nationell styrning även av kompetens och beredskap som är relevant för krig och andra katastrofhändelser.

KI tillstyrker att ämnesområdet katastrofmedicin införs som en obligatorisk del i grundutbildningen till läkare och sjuksköterska. Ett nationellt curriculum behövs som tydligt fastslår lärandemål för olika yrkeskategorier. KI ser fram emot att i samarbete med Socialstyrelsen ta fram ett sådant curriculum.

I utredningen konstateras (9.2.1, sid 187) att ”Socialstyrelsen har enligt myndighetens instruktion ett samlat ansvar för att expertis utvecklas och upprätthålls samt att kunskap sprids om katastrofmedicin och krisberedskap inom myndighetens verksamhetsområde.” samt att ”Socialstyrelsens ansvar för att expertis utvecklas och upprätthålls i katastrofmedicin och krisberedskap har myndigheten löst genom att myndigheten tecknat avtal med kunskapscentrum vid olika universitet i landet. Socialstyrelsen har under år 2019 genomfört en upphandling för att förnya kontrakten med sådana kunskapscentra.” De angivna kontrakten (inom kunskapsområdena global katastrofmedicin och internationella insatser, psykotraumatologi samt traumatologi) är säkerligen adekvata. Perspektiven bör dock breddas till att innefatta väsentligen fler områden där omfattande forskningsbaserad expertis finns inom universitet i landet. Exempel på områden där forskare vid universiteten i många fall har unik överblick och aktuell kunskap är epidemiologi, smittskydd, sjukvårdens informatik och artificiell intelligens, organisation/ledning/styrning av sjukvård och utbildning inom flera fält (exempelvis genom simuleringar på olika nivåer). Vidare behövs resurser för förutsättningslös grundforskning inom relevanta områden för att skapa möjlighet att exempelvis analysera tidigare okända smittämnen, modellera smittspridning och utveckla metoder för psykologiskt försvar.

Vad gäller utbildning och övning anges i utredningen: ”Utbildning och övning är en förutsättning för att stärka samhällets förmåga att hantera olyckor, kriser och ytterst krig. För att kunna tillämpa och utveckla de kunskaper och förmågor som tillgodogjorts vid utbildningar måste de användas och övas. Utbildningar och övningar behövs inom hälso- och sjukvården både på lokal, regional och nationell nivå. Därutöver finns ett behov av samverkansövningar mellan kommuner, regioner och andra aktörer som t.ex. polis, räddningstjänst, länsstyrelse och Försvarsmakten för att kunna samarbeta effektivt vid olyckor, kriser och vid höjd beredskap och krig. Utbildning och övning är nödvändigt för ett effektivt lärande, för att bibehålla och utveckla kompetens samt bidra till samhällets samlade för-
mågutveckling.” I tillägg till detta anser KI att det behövs utbildning och övning för beslutsfattare på politisk nivå och hög tjänstemannanivå inom myndigheter samt för allmänheten för att ytterligare stärka samhällets förmåga att hantera sjukvård vid kris och krig.

Clas Rehnberg, professor

Institutionen för
lärande, informatik,
management och etik

Karolinska Institutet

Johan von Schreeb, professor

Institutionen för
global folkhälsa

Karolinska Institutet

Carl Johan Sundberg, professor

Institutionen för
lärande, informatik,
management och etik

Karolinska Institutet



Rektor

Socialdepartementet
103 33 Stockholm

**Remissvar avseende betänkandet Hälsa- och sjukvård i det civila försvaret-
underlag till försvarspolitisk inriktning (SOU 2020:23)**

(Ert dnr S2020/02826/FS)

Karolinska Institutet har anmodats att lämna yttrande över delbetänkandet Hälsa- och sjukvård i det civila försvaret- underlag till försvarspolitisk inriktning (SOU 2020:23). Bifogat yttrande har utarbetats av en arbetsgrupp bestående av professor Johan von Schreeb, Institutionen för global folkhälsa, professor Carl Johan Sundberg och professor Clas Rehnberg båda vid Institutionen för lärande, informatik, management och etik.

Bifogat yttrande överlämnas härmed.

Beslut i detta ärende har fattats av undertecknad rektor Ole Petter Ottersen i närvaro av universitetsdirektör Katarina Bjelke efter föredragning av utredare Maria Schönnings. Närvarande var också Medicinska föreningens vice ordförande Puck Norell.

Ole Petter Ottersen

Maria Schönnings

Bilaga

YTTRANDE

SOU 2020:23 HÄLSO- OCH SJUKVÅRD I DET CIVILA FÖRSVARET

Dnr S2020/02826/FS

Sammanfattning

Karolinska Institutet begränsar sitt yttrande till de områden som direkt berör myndighetens ansvarsområde. I stort har KI inga invändningar till de förslag och ytterligare fördjupningar som utredningen föreslår. Dock konstaterar vi att delbetänkandet färdigställdes innan Covid-19-pandemin drabbat Sverige. Det gör att många av de utmaningar och erfarenheter inom utredningens område som pandemin gett upphov till som; Samordning mellan civila myndigheter och försvarsmakten och begreppet civilt försvar, kapitel (3), Prioriteringar (4), Hälsa och sjukvårdens kapacitet (5), Transporter i kris (6), Personalförsörjning (7), Förnödenhetsförsörjning (8) samt Utbildning och övning (9) inte finns med. De problem och förslag som lyfts i utredningen hamnar efter pandemin i en annan dager. För att tillse relevans bör erfarenheter från Covid-19-pandemin komplettera utredningen framgent. I ett sådant arbete bör det definieras vilken planering och beredskap som är gemensam för olika typer av kris och katastrofer, dels vilken beredskap som är specifik för händelser som krig, terror, pandemier etc.

Vi konstaterar även att utredningens fokus är hantering av en stor mängd skadade från krigs- eller terrorhandlingar och att det är sjukvård (och sjuktransporter) snarare än hälsovård i dess bredare aspekter som avhandlas. Det saknas ett folkhälsoperspektiv som på ett bredare sätt innefattar hur hälsan påverkas i kris och katastrof och i vilken grad undanträngningseffekter (som nämns) påverkar hälsan på kort och längre sikt och hur detta kan minimeras. Hur kan beredskap byggas för att säkerställa preventiva insatser (som exempelvis vaccinationer), diagnostisk kapacitet (exempelvis tester för kända och tidigare okända smittämnen) och tillgång till behandling (läkemedel, apparatur och materiel)?

Inom katastrofmedicin är begreppet ”all hazards” (alla typer av hot/faror) centralt. Det innebär att en god katastrofmedicinsk beredskap måste innefatta förmågor att hanteras alla möjliga hot och de hälso- och sjukvårdsproblem som kan följa. Vi menar att utredningen skulle stärkas med en bredare ansats avseende typ av hot och dess folkhälsoaspekter. Vidare bör hälsosystemet som helhet vara grunden snarare än sjukhus. Hälsosystemets motståndskraft mot olika hot och dess förmåga att trots hot fortsätta leverera vård och preventiva insatser bör vara ansatsen.

Utbildning och övning inom katastrofmedicin är investeringar i framtidens civila försvar och stärker samhällets redundans framgent. Det krävs ett nationellt curriculum för katastrofmedicin som behöver läras ut på olika nivåer; från några timmar till några veckor. Utbildning och övning bör ske interprofessionellt och regelbundet. Övningar är dyra och resurskrävande och nationella resurser måste avsättas för att universiteten ska kunna ta fram, kvalitetssäkra och genomföra verklighetsnära övningar med olika scenarier, exempelvis talrika, vitt skilda och komplexa trauman eller omfattande smittspridning.

Per kapitel

4.4. Mål för hälso och sjukvården vid kris och krig

KI stöder utredningens förslag på målsättning för den civila hälso- och sjukvården och att den av riksdagens beslutade prioriteringsplattformen och Genève-konventionerna ska utgöra utgångspunkten för vårdprinciper i kris och krig. Dock behöver det tydliggöras vad det praktiskt innebär för läkare och sjuksköterskor inom verksamheten. Aktuella anpassningar är nödvändiga, se de principer som togs fram för att prioritera intensivvårdsplatser under Covid 19 pandemin¹

5. Hälso och sjukvårdens förmåga i kris och krig

Värdefulla erfarenheter från hur sjukvården ställde om för att hantera Covid-19 är centrala för detta kapitel. Intensivvårdsplatser mobiliserades snabbt och omfattande. Den erfarenheten bör ligga som grund för förslaget att Socialstyrelsen och regionerna ska sammanställa vilken vårdkapacitet som finns (och bör finnas) i landet. I utredningen (5.3.2) föreslås en fördubbling av antalet vårdplatser, med den nya erfarenheten bör relevansen av det belysas utifrån ett ”all hazard” scenario.

Beträffande nivåstrukturer av vården diskuteras i utredningen behovet av dels koncentration av traumavård, dels att vid höjd beredskap och krig behöver viss traumavård kunna bedrivas på merparten av alla akutsjukhusen. Mot bakgrund av den regionala strukturen bör en nationell planering vara tydlig för koordinering av samtliga resurser som vårdplatser, kompetensprofil hos personal m.m.

5.3.3 Förstärkning för laborativ verksamhet

I detta avsnitt diskuteras främst hur diagnostisk förmåga, inte minst vad gäller smittämnen, skall kunna upprätthållas och förstärkas av Försvarmakten och vissa andra myndigheter. I betänkandet anges att ”I den aktörsgemensamma CBRN-strategin framhålls att det finns brister i dag när det gäller förmåga att analysera mikroorganismer.” KI bedömer att det inom flera universitet finns både djuplodande forskningsbaserad expertis och utrustning för att snabbt tillgängliggöra en mycket omfattande diagnostisk kapacitet, både vad gäller kända och tidigare okända smittämnen. Detta har med stor tydlighet framkommit under Covid-19-pandemin. För att vid universitet kunna säkerställa en god beredskap som kan vara igång inom fem dagar och som är oberoende av marknadens leverantörer inom landet eller från utlandet, bör en förmåga utvecklas för nationell produktion av reagens, förbrukningsartiklar och olika ”analyskit”.

5.4 Masskadeplanering.

KI stöder att ett nationellt perspektiv skapas kring triage, planering och hantering av masskadesituationer.

¹ <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/nationella-prioriteringar-intensivvarden.pdf>

6. Sjuktransporter i kris och krig

I utredningen betonas behovet av en effektiv prehospital vård med insatser på plats samt transporter till adekvat vårdinrättning (MEDEVAC, CASEVAC). KI stöder förslaget, men betonar att utvecklingen av beslutstöd inom prehospital vård bör integreras med existerande utbildnings- och utvecklingsinsatser där såväl tidsaspekten som nivån för behandling inklusive påföljande vårdkedja har beaktats (exempel: sepsis, stroke m.m.).

9. Utbildning och övning

KI konstaterar liksom utredningen beskriver att ämnet katastrofmedicin till stor del försvunnit från läkar- och sjuksköterskeprogrammets grundutbildningar. Dock nämns inget om nationellt ansvar för redan legitimerad vårdpersonal. Katastrofmedicinsk kompetens är en nationell resurs som inte bara regionerna bör ges ansvar för utan även Socialstyrelsen bör ges ett tydligt uppdrag att förvalta och leda samordningen av. Att bygga kommande generationers katastrofmedicinska förmågor är ett långsiktigt arbete som kräver nära koppling till både forskning och det katastrofmedicinska fältet. Externa resurser för detta måste säkerställas. De ramavtal som under våren 2020 tillslut har tecknats mellan Socialstyrelsen och tre universitet (varav KI är ett) för kunskapscentrum inom områdena traumatologi och global katastrofmedicin är ett konkret sätt att kanalisera stöd för både forskning och utbildning inom ämnet.

Mot bakgrund av nuvarande brister och obalans i specialisering av läkare och sjuksköterskor, bl.a. allmänläkare, finns skäl till en tydligare nationell styrning även av kompetens och beredskap som är relevant för krig och andra katastrofhändelser.

KI tillstyrker att ämnesområdet katastrofmedicin införs som en obligatorisk del i grundutbildningen till läkare och sjuksköterska. Ett nationellt curriculum behövs som tydligt fastslår lärandemål för olika yrkeskategorier. KI ser fram emot att i samarbete med Socialstyrelsen ta fram ett sådant curriculum.

I utredningen konstateras (9.2.1, sid 187) att ”Socialstyrelsen har enligt myndighetens instruktion ett samlat ansvar för att expertis utvecklas och upprätthålls samt att kunskap sprids om katastrofmedicin och krisberedskap inom myndighetens verksamhetsområde.” samt att ”Socialstyrelsens ansvar för att expertis utvecklas och upprätthålls i katastrofmedicin och krisberedskap har myndigheten löst genom att myndigheten tecknat avtal med kunskapscentrum vid olika universitet i landet. Socialstyrelsen har under år 2019 genomfört en upphandling för att förnya kontrakten med sådana kunskapscentra.” De angivna kontrakten (inom kunskapsområdena global katastrofmedicin och internationella insatser, psykotraumatologi samt traumatologi) är säkerligen adekvata. Perspektiven bör dock breddas till att innefatta väsentligen fler områden där omfattande forskningsbaserad expertis finns inom universitet i landet. Exempel på områden där forskare vid universiteten i många fall har unik överblick och aktuell kunskap är epidemiologi, smittskydd, sjukvårdens informatik och artificiell intelligens, organisation/ledning/styrning av sjukvård och utbildning inom flera fält (exempelvis genom simuleringar på olika nivåer). Vidare behövs resurser för förutsättningslös grundforskning inom relevanta områden för att skapa möjlighet att exempelvis analysera tidigare okända smittämnen, modellera smittspridning och utveckla metoder för psykologiskt försvar.

Vad gäller utbildning och övning anges i utredningen: ”Utbildning och övning är en förutsättning för att stärka samhällets förmåga att hantera olyckor, kriser och ytterst krig. För att kunna tillämpa och utveckla de kunskaper och förmågor som tillgodogjorts vid utbildningar måste de användas och övas. Utbildningar och övningar behövs inom hälso- och sjukvården både på lokal, regional och nationell nivå. Därutöver finns ett behov av samverkansövningar mellan kommuner, regioner och andra aktörer som t.ex. polis, räddningstjänst, länsstyrelse och Försvarsmakten för att kunna samarbeta effektivt vid olyckor, kriser och vid höjd beredskap och krig. Utbildning och övning är nödvändigt för ett effektivt lärande, för att bibehålla och utveckla kompetens samt bidra till samhällets samlade förmågeutveckling.” I tillägg till detta anser KI att det behövs utbildning och övning för beslutsfattare på politisk nivå och hög tjänstemannanivå inom myndigheter samt för allmänheten för att ytterligare stärka samhällets förmåga att hantera sjukvård vid kris och krig.

Clas Rehnberg, professor

Institutionen för
lärande, informatik,
management och etik

Karolinska Institutet

Johan von Schreeb, professor

Institutionen för
global folkhälsa

Karolinska Institutet

Carl Johan Sundberg, professor

Institutionen för
lärande, informatik,
management och etik

Karolinska Institutet