

2020-08-10

Gem 2020/0096

Till
Socialdepartementet

Hälso- och sjukvård i det civila försvaret (SOU 2020:23), diarienummer S2020/02826/FS

Sveriges läkarförbund har fått rubricerat betänkande på remiss och vill framföra följande synpunkter.

Sammanfattning

Sveriges Läkarförbund är allmänt positiva till förslagen och utredaren har identifierat många av de problem i form av sviktande personalförsörjning, vårdplatsbrist, minskad kompetens inom katastrofmedicin samt brister i materialförsörjning som tyvärr finns i ett normalläge utan kris. Vi är glada att se att utredaren kommer fram till att en stor del av det arbete som behöver utföras bör ske på nationell nivå och inte enbart i varje region och kommun för sig.

Vår uppfattning är att förberedelserna inför en pandemi har visat sig vara svaga bland annat eftersom sjukvården och omsorgen har varit indelad i 21 regioner och 290 kommuner som har förberett sig på olika sätt. Initialt under covid-19-pandemin visade det sig även att Sveriges Kommuner och Landsting (SKR) samt Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) hade svårt att agera tillräckligt kraftfullt. Detta blev särskilt tydligt gällande fortbildning och skyddsutrustning för anställda inom vård och omsorg.

Det behövs därför en tydlig och fortlöpande parlamentarisk uppföljning av samhällets och hälso- och sjukvårdens beredskap för krislägen. Vi anser därför att det behövs en offentlig aktör som har huvudansvaret för att granskning ska kunna ske transparent samt med ansvarsutkrävande. Vår uppfattning är att SKR inte är en aktör som detta ansvar kan läggas på eftersom det är en medlems- och arbetsgivarorganisation som inte kan granskas på samma sätt som till exempel en myndighet. Vi anser att en myndighet bör vara övergripande ansvarig inom landet, exempelvis Socialstyrelsen. Vi ser även ett behov av att fler kliniskt aktiva läkare anställs på olika myndigheter för att kunna ge en ökad insikt om behovet av åtgärder.

Vi ser en del brister med utredningen. Vi anser att regionerna måste öka antalet vårdplatser för att uppnå god vård, uppnå rimliga väntetider för sjuka samt för att klara tillfälliga toppar vid semester, större olyckor eller liknande i fredstid. Det är nämligen detta vårdplatsantal som ska

kunna fördubblas vid ökad beredskap. Beräkningar kan alltså inte utgå ifrån "befintliga" vårdplatser.

En del av underdimensioneringen ovan är orsakad av personalbrist. Regionerna måste börja bedriva en attraktiv personalpolitik och förbättra arbetsmiljön för att få fler att välja att arbeta inom regionernas hälso- och sjukvård. Vi anser att personalbrist och tillgång till personal diskuteras för lite av utredaren. Att regionerna måste klara sommarbemanningen inom hälso- och sjukvården måste ses som en självklarhet. Här gäller alltså att staten sätter press på regionerna att uppfylla sin del av arbetsgivaransvaret. Även hälso- och sjukvårdsbranschen som helhet måste bli mer attraktiv. Det behövs därför förutsättningar och incitament för att fler ska välja att arbeta inom branschen och att fler vill etablera verksamheter samt att arbetsmarknaden är rörlig och sund.

Till sist ser vi gärna att man höjer blicken och verkar för en ännu större nordisk samordning, exempelvis lämpligt även i normalläget för långväga akuta sjukvårdstransporter med helikopter, intensivvårdsflyg med mera. Vidare borde man även i större utsträckning lämna förslag på åtgärder som möjligen kunde bli verkliga på EU-nivå, förslagsvis resurser för utveckling av vaccin.

Nedan följer specifika synpunkter.

Kapitel 3 - Planering, ledning och samordning

Utredaren konstaterar att strukturer för effektiv ledning och styrning på alla samhällsnivåer är nödvändiga ur ett totalförsvarsperspektiv, så även på hälso- och sjukvårdens område. Utredaren anser vidare att det beträffande hälso- och sjukvårdsområdet kan konstateras att utformandet av strukturer för ledning och samordning måste ske med särskilt beaktande av bland annat det kommunala självstyret samt länsstyrelsernas geografiska områdesansvar och det uppdrag som åvilar länsstyrelserna vid högsta beredskap. Utredaren menar att det kan krävas att en högre regional eller nationell aktör ges tydliga mandat för ledning men återkommer till detta i slutbetänkandet.

Vår uppfattning är i grunden att det inte längre är försvarbart att alla 21 länsstyrelser, 21 regioner, 290 kommuner och otaliga politiska eller tjänstemannastyrda nämnder arbetar i parallella spår och strukturer var för sig i ett modernt land som Sverige. Utredaren påtalar upprepade gånger att det finns brister i nationell sammanhållen styrning av hälso- och sjukvården då ansvaret vilar på regionerna och i förlängningen även kommunerna. Landets 21 regioner har i fredstid en uppenbar oförmåga att samordna exempelvis sjukhusbyggen, materielförsörjning, upphandling av IT system och andra oerhört kostsamma investeringar. Landets 21 regioner har även visat att de har svårt att följa regeringens direktiv under en kris som covid-19-pandemin. Att i kris förlita sig på en sådan organisationsstruktur framstår med all tydlighet som allt mindre lämplig och leder till att det är otydligt gentemot befolkningen vem som bär ansvaret och vem som kan utmätas ansvar.

En högre grad av samverkan mellan kommuner, regioner och länsstyrelsen bör därför inte bara eftersträvas, det är enligt Läkarförbundet en förutsättning för att lyckas få ett välfungerande civilförsvaret men det krävs även en tydlig nationell styrning.

Detta krävs inte minst för glesbygden. Det är tydligt att hela Sverige inklusive glesbygden behöver en väl rustad hälso- och sjukvård. Det är vid kris och krig särskilt viktigt med fysisk närvaro även i glesbygd. Redundans i kris och krig förutsätter mer än helikoptrar, ambulanser, blåljuspersonal och prehospitalt omhändertagande.

Utredaren pekar på avsaknaden av en enhetlig och övergripande målbild för planeringsprocessen och dess mål. Det planeras samtidigt på lokal, regional och nationell nivå utan att grundförutsättningarna är klara. Ett exempel på detta är att regionerna åläggs krigsplacera sin personal utan en tydlig nationell vägledning eller målbild vad som skall uppnås. Regionerna skall enligt MSB vägledning för krigsplacering själva fundera över vilka funktioner som kan vara viktiga för verksamheten i krig, vilket kan bidra till stora olikheter i prioriteringar och förmågor mellan olika regioner. Det bör tas fram nationell tydlig generisk modell med en definition av vilka funktioner och förmågor som skall ingå i hälso- och sjukvårdens krigsorganisation på regional och lokalnivå. I syfte att underlätta såväl operativ samverkan, planering samt för att kunna bedriva effektiv utbildnings- och övningsverksamhet bör nationell styrning skapas för att uppnå generiska organisationsdelar och befattningar vilka ska finnas i alla regioner. Detta kan innefatta regional och lokal beredskapsenhet med medicinsk ledningskompetens i form av beredskapsöverläkare. Samverkan med Försvarmakten skall naturligtvis ske vad gäller nyckelkompetenser.

Utredaren för även ett resonemang om finansiering av planering av det civila försvaret. "Statlig ersättning ska utgå för Regioners och kommuners planering av civilt försvar" kan vi läsa i utredningen men vi ställer oss frågan hur det är med finansiering av uppbyggnaden av det civila försvaret. Detta riskerar att bli ett omöjligt uppdrag för glesbygden om kostnaden för detta ska ligga på regionerna och kommunerna trots att hela Sverige är beroende av att civilförsvaret fungerar även här. Det är rimligen även kostnadseffektivt att staten ansvarar för uppbyggnaden än att enskilda regioner och kommuner ska göra det. Vi anser därför att en del av kostnaden behöver lyftas från regionerna och kommunerna till staten för att säkerställa uppbyggnaden.

Vi menar vidare att det är mycket viktigt att kommuner och regioner har förmåga och kompetens att hantera säkerhetsklassad information. Säkerhetspolisen bör tillhandahålla för regionerna anpassad och relevant vägledning, rådgivning och också utbildning vad gäller arbetet med säkerhetsskyddsanalys och säkerhetsskydd i övrigt.

Vi vill betona att beredskapsplaneringen inom sjukvården bör ta sin utgångspunkt i beräkningar rörande skadetyper och antal skadade och döda i krig. Det är en viktig utgångspunkt för planering.

En tydlig och distinkt regional och lokal organisation och ledning av det civila försvaret bör skapas. Den tidigare organisationen med civilområden och civilbefälhavare kan utgöra en utmärkt grund för en sådan organisation. Organisationen skall vara kompatibel med Försvarmaktens organisation.

Vi tillstyrker därför att det krävs en nationell aktör beträffande inriktning och samordning av försvarsansträngningar och vid mycket stora och allvarliga påfrestningar i hälso- och sjukvården och ser fram emot tydliga förslag i slutbetänkandet. Den nationella aktören bör ha mandat att ge råd och inriktningar till andra totalförsvarsmyndigheter. Myndigheter med sektorsansvar måste få mycket tydliga ansvarsområden och styrning i frågan om uppdrag, krav och förmåga inom respektive ansvarsområde. Tydliga och konkreta nationella vägledningar och färdiga instruktioner för hur samhällsviktiga funktioner skall fungera i kris, höjd beredskap och krig bör publiceras. Särskilt viktigt är det inom områden där flera aktörer skall samverka, exempelvis räddnings- och röjningsinsatser och omhändertagande av skadade i rasmassor efter exempelvis ett bombanfall. Vidare behöver en översyn göras med syfte att skapa ett enhetligt regelverk för styrning av regionen i kris och vid höjd beredskap och krig. Harmonisering av begrepp och nomenklatur måste ske. Exempelvis används två olika begrepp i LEH och SOSFS 2013:22, extraordinär händelse och allvarlig händelse (numera särskild händelse enligt Socialstyrelsens termbank) för att beskriva situationer som kan påverka ledningen i regionen. En harmonisering av begreppen är önskvärd för att kunna använda samma begrepp för situationer oavsett om de primärt rör regionens hälso- och sjukvård eller inte.

Den snabba omställningen av sjukvården under covid-19-pandemin kunde till viss del ske utan nationell samordning, mångt och mycket tack vara att bland annat professionen ute i första linjen kunde fatta snabba medicinska beslut och skapa lokalt anpassade lösningar som var fullt acceptabla under rådande omständigheter. Vi hade med andra ord gärna sett att utredaren lyfte att en professionsstyrd hälso- och sjukvård med tydliga uppdrag (klinikstrukturer) i normalläget är bättre lämpade att över natt kunna anpassa verksamheten till kris.

Kapitel 4 - Mål för hälso- och sjukvården inom totalförsvaret

Utredaren anser att den civila hälso- och sjukvården vid fredstida kriser och vid krig ska ha kapacitet att utföra sådan vård som inte kan anstå. Trots att den allmänna vårdstandarden inte kan vara densamma ska de medicinska behandlingsresultaten för det stora flertalet patienter så långt möjligt motsvara den nivå som gäller vid ett normalläge i fred. Vi delar denna uppfattning. Staten bör dock klargöra detta tydligt så att medborgarna vet vad de kan förvänta sig i olika situationer. Det bör också tydliggöras vilken vård som faktiskt ges även i kris och krig.

Delbetänkandet lyfter fram försvarsbeslutet 1992 som ett exempel på en tydlig målbild där förmågekrav framgår. Primärkirurgisk behandling skulle enligt försvarsbeslutet kunna ges inom 6 timmar från skadetillfället och detta utgjorde planeringsförutsättningar vid dimensionering och prioritering av resurser. Vi anser att det är en bra och tydlig målbild som bör återinföras som planeringsförutsättningar för hela totalförsvaret. Emellertid lyfter delbetänkandet i ett annat avsnitt fram Försvarsmaktens princip vid internationella insatser 10-1-2 (vilket innebär kirurgisk behandling inom 2 timmar). Vår uppfattning vad gäller det nationella försvaret, är att detta i stora delar av landet, redan i fred är en realistisk målsättning som riskerar leda till att investeringar och utbildningar får fel fokus.

Problemet är som vi ser det att hälso- och sjukvården i dag inte har den kapacitet som krävs i ett normalläge. Hälso- och sjukvården i Sverige har resurser jämförbart med andra europeiska länder (mätt som andel av BNP) och trots detta har en majoritet av regionerna, universitetssjukhusen och primärvården budgetunderskott och är därför svältfödda år från år. Det kan inte ha undgått någon att det har varit en kris i hälso- och sjukvården under flera års tid. Att till exempel korta väntetider i dagens hälso- och sjukvård skapar ett bättre utgångsläge vid framtida kriser, liksom att skapa en mer optimal organisation än dagens hälso- och sjukvård. Att som utredaren till stor del förlita sig på regionerna för krishantering anser vi därför ödesdigert. Det är vår uppfattning att en för stor del av hälso- och sjukvårdens resurser rinner ut i sanden på grund av ovan nämnda oförmåga till samordning, en stadigt ökande administration, diffusa omorganisationer där klinikbegreppet luckras upp eller helt försvinner och minskande andel av professionen som är fortsatt kliniskt verksamma som chefer i första linjen. Under dessa förhållanden kommer inte hälso- och sjukvården vid kris och krig att kunna uppnå det mål som utredaren satt upp. Här behöver regeringen vidta krafttag för att hälso- och sjukvården i fredstid organiseras och finansieras på ett sådant sätt att den uppnår de grundläggande kraven. Först då kan vi uppnå de av utredaren uppsatta målen i kristid.

Vi föreslår att Socialstyrelsen bör ges ett tydligt uppdrag att revidera tidigare utgivna publikationer/riktlinjer Vårdprinciper i kris och krig (VIK) med konkreta anvisningar hur hälso- och sjukvårdens olika områden skall fungera, prioritera och organiseras vid kris-, höjd beredskap och krig. Viktiga riktlinjer om återanvändning av engångsmateriel, med flera behöver revideras. Vi föreslår att regelverk ses över för att inte utgöra motstående intressen och utgöra hinder vid kris eller krig. Som utredaren mycket riktigt konstaterar är det inte realistiskt att hälso- och sjukvården i extrema och svåra situationer skall kunna upprätthålla samma vårdförmåga som i ett normalläge i fred. Det kan finnas anledning att förbereda möjligheter till avsteg från normala standarder om det uppstår akuta bristsituationer vid kris, höjd beredskap och krig. Utredaren framhåller att planeringen måste avse en helhet av området hälso- och sjukvård. Det handlar om behovet att i planeringen inkludera medicinska frågor, vårdfrågor, tekniska stödfunktioner och försörjning för en fungerande sjukvård och sjukhus, den prehospitala verksamheten, tandvården och även olika former av rehabiliteringsverksamhet. I detta ska också ingå smittskydd och psykiatrisk vård.

Kapitel 5 - Hälso- och sjukvårdens förmåga i kris och krig

Det är bra att utredaren anser att regioner och kommuner ska planera för kris och krig utifrån ett bredare perspektiv än traumavård och att denna planering ska omfatta alla delar av hälso- och sjukvården, inklusive smittskydd, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård.

Vi vill även påpeka att en väl utbyggd primärvård är oerhört viktig även vid kris eller krig. Vi behöver en primärvård som är fullt finansierad samt en primärvårdsreform som säkerställer att primärvård kan bedrivas även i glesbygd. Vi vill vidare påtala att primärvårdens uppdrag är mycket brett i glesbygd och att man behöver ta hänsyn till detta vid planering och finansiering av denna. En ytterligare aspekt är att primärvården måste få adekvata resurser att ta hand om patienter som, i händelse av kris, inte kan tas om hand på sjukhus, eftersom sjukhus behöver

prioritera mer allvarligt skadade. Det finns då en risk för undanträngningseffekter samt framförskjutning av cancerdiagnostik, hjärt- och kärlsjukdom, psykisk ohälsa osv. En utökad primärvård kan förhindra att dessa patientgrupper negligeras vid en kris. En utökad primärvård är även viktig eftersom koncentration av resurser till en plats skapar sårbarhet. Utredaren framhåller att hälso- och sjukvården i krig bör som utgångspunkt bedrivas på de platser där den bedrivs i vardagen. Utredaren menar att eftersom de stora resurserna i vardagen finns på universitetssjukhusen är det naturligt att dessa fortsätter att vara ett nav för hälso- och sjukvården i regionerna så länge det är möjligt och inte olämpligt. Emellertid riskerar ett väpnat angrepp mot Sverige att ge upprepade stora skadeutfall under lång tid med mycket svåra konsekvenser. Det finns aktuella internationella exempel på att sjukvårdsinrättningar bekämpas med förödande konsekvenser, folkrätten i dagens väpnade konflikter ger inte det skydd som man tidigare kunde förvänta sig. Vi föreslår därför att totalförsvarsplaneringen innefattar förberedelser (planering, förhandslagring, förberedd infrastruktur, utbildning och övning) för att bedriva sjukvård i andra vårdinrättningar och alternativa lokaler. Det kan exempelvis innebära att förberedda skolor kan ställas om till vårdlokaler och att elektiva sjukhus ställs om till krigssjukhus.

Den kommunala hemsjukvården behöver få resurser att klara av patienter som skickas hem i förtid i händelse av att andra patienter måste ta deras platser (som till exempel i fallet med covid-19-pandemin). Ansvaret för detta bör, utifrån ett försvarsperspektiv, ligga på staten och inte överlämnas till regionerna.

Bussolyckan i Sveg kan statueras som ett exempel på en kris i glesbygd. Sveg ligger 23 mil från närmaste akutsjukhus. Olyckan medförde dödsfall samt svårt skadade personer och mycket fokus lades i efterhand på förmågan till akut omhändertagande, prehospital vård och blåljusinsatser, helikopter och ambulansförmåga. Den största delen av de drabbade var dock lindrigt skadade och chockade skolungdomar som inte behövde akutsjukvårdens resurser men väl medicinskt omhändertagande. Som tur var fanns en välutrustad vårdcentral i Sveg med bland annat röntgen och kompetens att hantera ortopediska skador och mindre trauman och det fanns även hälso- och sjukvårdspersonal boende på orten som kunde mobiliseras omedelbart.

Vi oroas av att regionerna i allt större grad försöker lösa personalförsörjningen och underfinansieringen i glesbygden med distansoberoende teknik och inhyrd personal i stället för att skapa goda arbetsförhållanden som möjliggör att hälso- och sjukvårdspersonal bor i glesbygden. Denna utveckling som regionerna driver minskar den fysiska närvaron av hälso- och sjukvårdspersonal i glesbygd. I en krigssituation kan vi utgå ifrån att den digitala infrastrukturen kommer vara riskabel att förlita sig på samt att inhyrd personal kommer behövas i sina hemortsregioner. Därtill saknar glesbygden oftast privata aktörer som kan bidra med personal. Sammantaget är det viktigt för krisberedskapen att staten också säkerställer att glesbygden har rätt ekonomiska förutsättningar för en fungerande hälso- och sjukvård i fredstid och inte överlämnar ansvaret på regioner och kommunerna.

Utredaren anser att en rimlig ambitionsnivå under den kommande försvarsbeslutsperioden kan vara att regionerna ska kunna dubblera antalet fysiska vårdplatser jämfört med ett normalläge i

fredstid, med en bemanning som är möjlig under sådana förhållanden. Som vi tidigare har påpekat anser vi att regionerna först måste dimensionera vårdplatserna för att uppnå en god vård, uppnå rimliga väntetider för sjuka samt att klara tillfälliga toppar vid semester, större olyckor eller liknande i fredstid. Först när dessa vårdplatser har upprättats så känner vi till det antal vårdplatser som ska kunna fördubblas vid ökad beredskap. Beräkningar kan alltså inte utgå ifrån "befintliga" vårdplatser. Något som också måste förtydligas är att det kommer krävas olika typer av vårdplatser, framförallt tillgång till IVA-platser. Utredaren föreslår att Socialstyrelsen, i samarbete med regionerna, snarast bör kartlägga och på nationell nivå sammanställa uppgifter om vilken vårdkapacitet som finns i landet. Vi anser att detta inte är tillräckligt på grund av ovanstående. Här bör även professionerna involveras för att kunna visa Socialstyrelsen hur regionerna har underdimensionerat vården i dag. Vi har vidare under covid-19-pandemin sett att Sverige inte vid alla tillfällen vet hur många IVA-platser det finns, på samma sätt som man inte vet hur många vårdplatser eller ST-läkare som finns eller behövs i framtiden. Det bör vara upp till staten att kontinuerligt kartlägga detta för att säkerställa behov och utbud.

I civilförsvaret ingick tidigare förbandsplatser och sjukvårdsgrupper vilket beskrivs i delbetänkandet. Detta var välfungerande system för förstärkning av den prehospitala vården i händelse av höjd beredskap och krig. Lagstöd och krav fanns för beredskapsutbildning av hälso- och sjukvårdspersonal, detta bör återinföras inkluderande tjänsteplikt för hälso- och sjukvårdspersonal. Systemet finansierades av statliga medel, inriktades och samordnades av Socialstyrelsen. Vi förordar att motsvarande system med Sjukvårdsgrupper med läkare och sjuksköterskor bör återinföras och en nationell standard för utbildning/övning och utrustning skall inriktas och finansieras med statliga anslag.

Utredaren föreslår att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att påbörja arbetet med att ta fram en nationell masskadeplan. Vi anser att detta är bra. Vi anser dock att det inte är tillräckligt att Socialstyrelsen vid uppdragets utförande ska inhämta synpunkter från särskilt Försvarmaktens, Folkhälsomyndighetens och regionerna. Det är minst lika viktigt att professionernas synpunkter beaktas eftersom professionerna kan hälso- och sjukvården och eftersom professionsstyrda åtgärder kan ske snabbt och lokalt anpassat om bara grundförutsättningarna finns på plats.

Värdlandsstöd innebär en rad aktiviteter som ska planeras i förväg inom regionen, till exempel hälso- och sjukvårdsfrågor, smittskydd med mera. Stöd från andra nationers civila och militära enheter är ett alternativt scenario för Sverige och vi kan inte betrakta det som garanterat. Det är heller inte fråga om att utländskt stöd tar bort kraven på vår egen förmågeuppbyggnad. Det kan också vara på det sättet att stöd från en annan nation ställer ännu högre krav på Sveriges hälso- och sjukvårdsförmåga då vi eventuellt kan förväntas stödja andra nationers militära förband med hälso- och sjukvård.

En grundläggande förutsättning för planering av ledning, samordning och verksamhet är att utveckla föreställningar om krigets skeende och dess konsekvenser för samhälle och människor. Det går inte att jämföra skadeutfallet vid en aldrig så stor fredstida katastrof med de scenarier som beskriver krigets förlopp. En robust ledningsorganisation är av grundläggande

betydelse men det måste också finnas en robust struktur för ledningsplatser och för vissa lokaler för sjukvården. Vi anser att delbetänkandet bör inkludera viktiga stödfunktioner som är kritiska för att hälso- och sjukvård skall kunna bedrivas under krig. Det gäller säkerställande av el-, vatten- och drivmedelsförsörjning samt tvätt, sterilverksamhet med mera. Behovet av förstärkning med andra sjukhuslokaler, hur de skall utrustas och förberedas bör förtydligas likväl som finansiering av dessa. Elektiva sjukhus i både privat och offentlig regi bör förberedas för att snabbt och robust kunna ställas om till krigssjukhus. Detta kräver nationell finansiering, vägledning, samordning, utbildning och uppföljning bland annat utifrån principerna i investeringsprogrammet SSIK4. En nationell nomenklatur och benämning för definitioner, begrepp och funktioner måste upprättas som gäller för hela totalförsvaret. Krigssjukvård bör även fortsättningsvis utgöra benämningen på sjukvård som bedrivs i krig, både civil och militär sjukvård.

Utredaren anser att hälso- och sjukvårdens robusthet i vardagen behöver öka. Utredaren anser vidare att införandet av information- och kommunikationsteknologi och artificiell intelligens i vården måste ske med beaktande av totalförsvarets krav på robusthet och redundans. Läkarförbundet delar denna uppfattning. Vid stora samhällsstörningar i fred samt vid höjd beredskap och krig kan AI-system vara mycket sårbara. En mer robust vård i vardagen skapar bättre förutsättningar för krisberedskap och för den beredskap som är nödvändig för att säkerställa vård även vid krig. Exempelvis måste journalsystem kunna fungera årets alla dagar, E-hälsomyndighetens olika databaser likaså. Hemsidor måste vara mer robusta, kontaktvägar och bemanning behöver kunna växla upp snabbt. Samhällsviktiga IT-system måste alltså vara robusta med alternativa reservrutiner och beredskapsaspekter måste finnas med redan vid planerings- och upphandlingsstadiet. Sverige saknar en nationell pappersbaserad beredskapsjournal för katastrofer i fred och krig. Vi föreslår att detta tas fram nationellt och införs för samtliga sjukvårdshuvudmän. Nationella myndigheter bör även ta fram vägledning och system för att efter användning digitalisera och återinföra informationen till datajournaler efter exempelvis användning vid större katastrof i fredstid. I detta avseende är det centralt att en beredskapsjournal anpassas efter behovet i kris och krig och inte utformas för att passa de fredsmässiga vardagliga journalsystemen. Stödsystem får aldrig bli styrsystem.

Kapitel 6 - Sjuktransporter i kris och krig

Utredaren anser att det behöver skapas en tydlig samordningsfunktion för civila och militära sjuktransporter. Den för hälso- och sjukvården blivande sektorsansvariga myndigheten samt Försvarmakten ska gemensamt och i samverkan med regionerna ta fram en modell för samordnad sjuktransportledning i krig. Därutöver bör Socialstyrelsen få i uppdrag att i samverkan med regionerna och Försvarmakten ta fram förslag till hur en modern nationell förstärkningsorganisation för sjuktransporter vid fredstida kriser och krig kan utformas. Vi tillstyrker detta. Sjukvårdstransporter är en mycket viktig förmåga och funktion som kraftigt behöver öka sin kapacitet i krig. Särskild omsorg och organisering krävs för att kunna förstärka den redan i vardagen hårt belastade och resursbegränsade ambulansverksamheten. Härvidlag krävs en nationell samordning för att säkerställa att omfördelningstransporter kan genomföras

mellan regioner. Nationell standard, förmågebeskrivning och inköp för ex. bårinredningar till bussar, färjor och tåg förordas. Mycket stor transportkapacitet kommer krävas för att bibehålla handlingsfriheten och kunna avlasta hårt drabbade områden/sjukhus. Sjuktransportledning är annat viktigt område som måste säkerställas. Vi ser även, som vi tidigare påpekat, gärna att man höjer blicken och verkar för en ännu större nordisk samordning, exempelvis lämpligt även i normalläget för långväga akuta sjukvårdstransporter med helikopter, intensivvårdsflyg med mera.

Kapitel 7 - Personalförsörjning i kris och krig

Utredaren anser att regelverken kring personalförsörjning för det civila försvaret behöver ses över. Det behöver bland annat tydliggöras på vilka sätt kommuner och regioner kan involvera privata aktörer i sina krigsorganisationer samt hur kommuner och regioner kan förstärka sina organisationer med personal från privata arbetsgivare, utbildad personal som inte har anställning och de som är under utbildning. Utredaren bedömer att en återaktiverad civilplikt skulle skapa ökade möjligheter för hälso- och sjukvårdens personalförsörjning i krig. I samband med en sådan översyn bör det övervägas om det finns behov av att återuppta arbetet med ett centralt register över hälso- och sjukvårdspersonal för totalförsvarets behov. Läkarförbundet tillstyrker detta men vill även betona följande. En betydande andel av de som arbetar inom hälso- och sjukvården är inte svenska medborgare. Skyldigheten att fullgöra värnplikt omfattar endast svenska medborgare. Dock gäller totalförsvarsplikten för alla som är bosatt i Sverige. Vi gör bedömningen att detta inte är särskild känt bland hälso- och sjukvårdens personal med ett annat medborgarskap än det svenska och vi vill betona att det behövs förtydligas för att inte hamna i konflikter/otydigheter om vad som gäller om vi drabbas av en kris eller krig. Önskvärt även med ett register över inventering av sjukvårdspersonalens utbildningar och kunskaper för att kunna omstrukturera och mobilisera till andra enheter vid behov.

Läkarförbundet vill dock poängtera att utredarens förslag inte räcker. Vi anser att regionerna måste börja bedriva en attraktiv personalpolitik och förbättra arbetsmiljön för att få fler att välja att arbeta inom regionernas hälso- och sjukvård i fredstid. Om detta sker kommer det i större utsträckning att finnas tillgång till uppdaterad personal som är van att arbeta inom hälso- och sjukvården om en kris eller ett krig inträffar. Vi anser att personalbrist och tillgång till personal diskuteras för lite av utredaren. Det bör finnas tillräcklig bemanning för att klara schema, utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal, fortbildning av personal, forskning, personalens sjukfrånvaro, pensionsavgångar och normalt förekommande sjukdomstoppar bland befolkningen. Att regionerna måste klara sommarbemanningen inom hälso- och sjukvården måste ses som en självklarhet. Här gäller alltså att staten sätter press på regionerna att uppfylla sin del av arbetsgivaransvaret.

Kapitel 8 - Förnödenhetsförsörjning

Läkarförbundet anser att utredaren i detta kapitel lämnar många bra förslag och tillstyrker dessa.

Vi understryker att det finns stora vinster med att på nationell nivå samordna vissa strategiska försörjningsrelaterade frågor i stället för att aktörer i olika sektorer i samhället skapar separata lösningar för detta. Härvan med uteblivna och inkompleta leverans av förbrukningsartiklar i höstas och de aktuella problem med att få fram tillräckligt med skyddsutrustning i samband med covid-19-pandemin bevisar att det behövs mer samordning på nationell nivå i stället för att alla regioner agerar på egen hand. Sverige är en liten aktör ur ett internationellt perspektiv som inte behöver splittras upp i 21 ännu mindre aktörer.

Viktigt att beakta är att lagringskyldigheten behöver formaliseras. Relevant lagstiftning behöver därför förtydligas och därtill bör sjukhusapotek åläggas att ansvara för läkemedelsförsörjning till samtliga vårdnivåer, inte bara sjukhus. Även ägandet, eller besittningsrätten av läkemedlen som ingår i lagringskyldigheten, bör förtydligas i regelverken.

Vi är glada att se att utredaren har signalerat problemen med egen lagerhållning av läkemedel för de oftast redan sårbara patienterna med dosdispenserade läkemedel och att det betonas att kommuner speciellt bör planera för hur dessa patienter ska få sina behandlingar om dosleveranser blir försenade eller uteblir.

Angående utökad beredskapslagring bör lärdom tas och byggas vidare på från aktuell samverkan som har etablerats under covid-19-pandemin.

Det är bra att utredaren lyfter blicken ännu ett steg och bejakar inte bara en stärkt sammanhållen nationell funktion utan även avtal mellan de nordiska länderna. Läkarförbundet anser att man med grundtankarna i detta kapitel tar sig an även övriga delar såsom sjuktransporter inklusive helikoptrar, avancerad traumasjukvård, personalförsörjning, utbildningar och strukturer på ett samordnat nordiskt plan. Med nationell övertagning vad gäller ambulansflyg som ett första steg, då regiongränser inte får begränsa och ett nordiskt samarbete som ett andra steg. En inhemsk produktion av, och möjlighet till snabb omställning för, produktion av sjukvårdsmateriel behöver också säkerställas.

Kapitel 9 - Utbildning och övning

Staten behöver kunna tillhandahålla kvalitetssäkrad utbildning över tid för att tillgodose de utbildningsbehov som finns för att säkerställa kompetens och förmåga för den medicinska hanteringen vid kris och krig. Utbildningen behöver kunna bedrivas under lång tid och ges till stora volymer av personal. Strukturen för hur utbildningen bedrivs är därför viktig.

Kompetensen behöver finnas hos Socialstyrelsen och andra relevanta totalförsvarsmyndigheter, bland annat för att få nationell inriktning på innehållet i utbildningarna, och kan bedrivas tillsammans med andra statliga aktörer som besitter anläggningar för utbildning samt utbildning- och övningskompetens. Inriktningen av de övningar som MSB ansvarar för bör ändras från att främst beröra centrala och statliga aktörer till att i betydligt högre grad än idag involvera lokala och regionala aktörer. Detta kan göras exempelvis genom att omfördela de resurser MSB förfogar över för övningsverksamhet till att öka kapaciteten och förmågan regionalt där exempelvis länsstyrelser och Försvarmaktens regionala staber utgör regionala nav för övningsverksamheten med stöd av MSB. Detta skulle innebära bättre

förutsättningar för övning i ledning, samverkan och operativt arbete mellan regionernas hälso- och sjukvård och andra aktörer.

Läkarförbundet ser positivt på att utredaren föreslår att ämnesområdet katastrofmedicin bör införas som en obligatorisk del i grundutbildningen till läkare och sjuksköterska. Vi vill dock varna för undanträngningseffekter där andra moment i läkarutbildningen riskerar att bli lidande. Vi anser att finansieringen av utbildningsplatser inom katastrofmedicin inte får belasta redan befintliga utbildningsmedel såsom kurser för läkare under utbildning eller kurser inom ramen för fortbildning. Detta är därför ett uppdrag som kommer kräva ett tillskott utöver nuvarande medel.

Det nyligen reformerade Läkarprogrammet ska ha högre krav på praktisk träning för att ge den legitimerade läkaren samma kliniska kompetens som de läkare som legitimeras efter AT. Det kan även finnas en risk att kliniska moment byts ut mot teoretiska i ämnet katastrofmedicin, då underlaget för att bedriva och lära känna katastrofmedicin i en klinisk miljö idag är mycket begränsad i Sverige.

Vi anser att katastrofmedicin även ska vara en obligatorisk del i undersköterskornas utbildning för att skapa en större förståelse och möjligheter till samarbete vid en kris eller ett krig.

Utbildning i katastrofmedicin bör inte enbart begränsas till grundutbildningen utan erbjudas även som del i en reglerad fortbildning för både sjuksköterskor och läkare. Mer specifika kurser i traumakirurgi eller statligt finansierad auskultation vid traumacentra bör inte enbart ges vid ett tillfälle under karriären utan möjlighet till upprepning. Basal utbildning i vård i fält, traumavård, katastrofmedicin bör erbjudas med regelbundenhet till personal i sjukvården på samma sätt som HLR.

Vi är vidare positiva till att utbildningsansvaret ska vara nationellt samt att Socialstyrelsen tar ett samlat grepp för att säkerställa nationell likvärdighet i frågorna. Detta särskilt viktigt eftersom det redan idag finns en stor skillnad mellan regionerna på vad som bör betraktas som särskild händelse.

Vi ser också under dagens pandemi att det saknas en tydlig plan för läkarnas progression i yrket i händelse av kris. Bristen på specialister är redan i dag ett problem som bidrar till att vi hindras från att ge likvärdig vård i landets regioner. Som ett led i att bygga resiliens för att kunna ge god vård i händelse av kris, där återgången "till det normala" i värsta fall dröjer, behöver man hantera läkarnas progression i yrket.

I akuta skeden bör det i beredskaps- och masskadeplaner också framgå vilken roll en läkare ska ta, beroende på var denne befinner sig i sin utbildning. Det ska vara tydligt vilket ansvar och vilken plikt man har, som del av introduktionen till sin arbetsplats/utbildningsplats.

Slutligen så är det viktigt att notera att en stor andel av personal inom nuvarande hälso- och sjukvård inte har sin utbildning från Sverige. Även denna stora grupp hälso- och sjukvårdspersonal behöver utbildas och planer behöver utarbetas för detta.



Kapitel 10 - Ekonomiska konsekvenser och prioritering av åtgärder

Utredaren bedömer det som högt prioriterat att en målsättning för den civila hälso- och sjukvården vid fredstida kriser och i krig fastställs. Därefter prioriteras försörjningsberedskap, nationellt stöd för utbildning och övning samt sist regionernas möjligheter att öka sin förmåga i situationer när samhället utsätts för påfrestningar av olika slag.

Vi anser att detta inte är en korrekt prioritering även om dessa åtgärder är viktiga. För att uppnå en fungerande hälso- och sjukvård i kris och krig behöver Sverige en fungerande hälso- och sjukvård i fredstid.

Vänliga hälsningar

Heidi Stensmyren
Ordförande
Sveriges läkarförbund

Björn Södergård
Hälso- och sjukvårdspolitisk utredare
Avdelningen för politik och profession
bjorn.sodergard@slf.se