



Svenska Läkaresällskapet

2020-08-10

Socialdepartementet

s.remissvar@regeringskansliet.se

s.fs@regeringskansliet.se

Remissvar Delbetänkandet Hälsa- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning SOU 2020:23 (S2020/02826/FS)

Svenska Läkaresällskapet (SLS) är läkarkårens oberoende, vetenskapliga professionsorganisation, en ideell, partipolitiskt och fackligt obunden förening. Vårt syfte är att verka för förbättrad hälsa och sjukvård genom att främja vetenskap, utbildning, etik och kvalitet.

Svaret nedan avgränsas till de skarpa förslagen, med något undantag. I beredningen av SLS svar har vi fått in synpunkter från SLS sektioner för *akutsjukvård, allmänmedicin, barnkirurgi, diabetologi, infektionssjukdomar, läkemedelslära, neurokirurgi, njurmedicin, pediatrik och psykiatri* samt *SLS kommitté för eHälsa*. Då dessa yttranden innehåller värdefulla synpunkter, inte minst specialiteternas perspektiv, bifogas de i sin helhet.

Allmänt om utredningen

Utredningens uppdrag är att göra en översyn av hälso- och sjukvårdens beredskap inför och vid allvarliga händelser vid fredstid och höjd beredskap samt hur denna beredskap ska utvecklas på sikt. Vidare är utredningens uppdrag att göra en analys av de åtgärdsförslag avseende det civila försvaret som Försvarsberedningen, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) och Försvarsmakten har redovisat vad gäller hälso- och sjukvård. Utredningen ska också föreslå en prioriteringsordning och bedöma kostnader. De bedömningar utredningen gör ska utgöra ett underlag till den försvarspolitiska inriktningsproposition som regeringen ska lämna till riksdagen hösten 2020. Utredningen inleds med en sammanfattning där i första hand en tydlig planeringsprocess, en tydlig målsättning för hälso- och sjukvården, robusthet i form av lokaler, sjuktransporter, personal och läkemedelsförsörjning berörs. Sedan följer detaljerade avsnitt avseende dessa delar samt ett utbildningsavsnitt och ett ekonomiskt avsnitt. Nedan kommenteras dessa olika avsnitt var för sig.

3. Planering, ledning och samordning

Under den pågående Coronapandemin har det tydligt framkommit brister i sjukvårdens organisation. **SLS menar** att det saknas tydlighet i rollfördelning mellan ett stort antal statliga myndigheter sinsemellan och mellan staten och de 21 regionerna samt även mellan regioner och kommuner/andra (privata) aktörer. Utredningens ståndpunkt att en totalförsvarsplanering bör utföras enligt ett tydligt och sammanhängande system som för vidare riksdagens och regeringens mål till myndigheter och andra aktörer **stöds av SLS**.

SLS anser dock att den inte enbart bör omfatta försvarsplanering vid krig utan även andra kriser och katastrofer i samhället.

SLS menar att det ter sig märkligt i ljuset av den pågående Coronapandemin att så lite av texten berör smittsamma sjukdomar och dess behov av planering, ledning och samordning. Detta har speciellt kommenterats av **Infektionsläkarföreningen**. Att en kraftfullare samordning krävs är tydligt uttryckt men även om Socialstyrelsen nämns som pådrivande myndighet är det inte tydligt vilken roll Socialstyrelsen skulle ha.

4. Mål för hälso-och sjukvården inom totalförsvaret

SLS stöder att sjukvårdens mål i en krigssituation är att ta hand om ett stort antal krigsskadade men samtidigt att i största möjliga utsträckning bör annan vård och omsorg upprätthållas. Man skriver att metoder för prioritering bör utvecklas och nämner prioriteringsplattformen som dock varit gällande i svensk sjukvård sedan 90-talet och gäller vid all sjukvård, inte bara sjukvård i en krissituation.

SLS stöder målsättningen ”Den civila hälso-och sjukvården ska vid fredstida kriser och vid krig ha kapacitet att utföra sådan vård som inte kan anstå och att de medicinska behandlingsresultaten för det stora flertalet patienter så långt som möjligt ska motsvara den nivå som gäller i normalläge”. Vad som menas med vård som inte kan anstå förklaras också tillfredställande. Det är uppenbart att en krigssituation eller liknande krissituation medför undanträngningseffekter.

SLS menar dock att undanträngningseffekter berörs tämligen flyktigt i rapporten.

5. Hälso-och sjukvårdens förmåga i kris och krig

SLS stödjer att regionernas krigsorganisation behöver omfatta hela vårdkedjan, från vårdcentraler till högspecialiserad vård på universitetssjukhus.

SLS anser dock att andra krissituationer även bör inkluderas såsom smittsamma sjukdomar och pandemier. Utredningen efterfrågar ett system att identifiera alla lämpliga och tillgängliga personalresurser, utöver ordinarie personal, som t.ex. pensionerad personal, personer under utbildning, personal inom företagshälsovård etc. Vidare att identifiera och planera för extra lokaler.

SLS är positiv till att man fastslår att sjukvården ska kunna dubblera antalet fysiska vårdplatser jämfört med normalläge i fredstid och med motsvarande bemanning samt att Socialstyrelsen bör vara den myndighet som tillsammans med regionerna ombesörjer detta. Så kallade masskadeplaner är ett centralt begrepp och ingår i planeringen både nationellt och internationellt vid svåra krissituationer. Vid en pandemi är det Folkhälsomyndigheten som samordnar beredskapen på nationell nivå och ger stöd på regional och lokal nivå i form av kunskapsunderlag.

SLS menar dock att erfarenheten från Coronapandemin borde resulterat i behov av betydligt striktare riktlinjer till regioner och kommuner än enbart råd och stöd. Det är uppenbart att regionerna liksom kommunerna hanterat råd från Folkhälsomyndigheten väldigt olika, där dålig följsamhet sannolikt lett till ökad smittspridning och sannolikt även ökad dödlighet. I arbetet med att ta fram masskadeplaner nämns också framtagande av ett nationellt triageringssystem via Socialstyrelsen.

SLS framhåller att ett flertal triageringssystem finns redan, utvärderade av såväl SBU som HTA-VGR. Framtagandet av ett nytt sådant system är ett mycket stort arbete och man borde kunna enas om något av de befintliga systemen. Utredningen tar också upp de elektroniska kommunikationssystemen, t.ex. den elektroniska journalhållningen som ett mycket sårbart system och där betydande störningar skulle kunna förekomma i krislägen och där skydd för sådana störningar saknas.

SLS ifrågasätter Utredningens förslag om en ny central myndighet med ansvar för ”Programmet Sjukvårdens säkerhet i kris och krig”.

SLS förordnar snarare färre inblandade myndigheter men med ett större statligt ansvar. Den pågående pandemin har tydliggjort att det finns många olika instanser som har ansvar i en krissituation men otydligt vem som har det yttersta ansvaret. Att ansvaret är alltför utspritt och otydligt leder många gånger till att ingen i slutändan tar ansvar.

Svenska Psykiatriska Föreningen anser att de psykologiska och psykiatriska aspekterna behöver beaktas i utbildning, planering i händelse av kris och krig.

SLS Kandidat- och Underläkarförening framhåller att det civila försvaret påverkas direkt av bemanningen i hälso- och sjukvården, något som blivit tydligt under den pågående pandemin. En starkt bidragande orsak till bristen på framförallt specialistläkare i Sverige är de välkända flaskhalsarna i utbildningen av legitimerade läkare och specialistläkare, som utgörs av långa väntetider för AT och ST. Att även se över dessa och deras påverkan på civilförsvaret är därför avgörande för ett starkt civilförsvaret.

6. Sjuktransporter i kris och krig

SLS stöder förslaget att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att i samverkan med regioner och Försvarsmakten ta fram förslag på plan för sjuktransporter i krig och fredstida kriser.

7. Personalförsörjning i kris och krig

Detta delavsnitt tar bl.a. upp totalförsvarsplikten som gäller alla svenska medborgare från 16-70 år. Sådan kan fullgöras som värnplikt, civilplikt eller allmän tjänsteplikt. Civilplikten är idag vilande men utredningen föreslår att den bör aktiveras för att möta ökade behov av personal i en krissituation.

SLS stöder förslaget om aktiverad civilplikt. Dock vill **Svenska Barnläkarföreningen** problematisera rollen av ungdomar under 18 år som en "särskild resurs" under höjd beredskap och krig, med hänvisning till barn rättigheter enligt Barnkonventionen.

8. Förnödenhetsförsörjning

SLS stöder föreslagna åtgärder i detta avsnitt som är den mest konkreta delen av utredningen och där specifika åtgärder tas upp mer i detalj. Man börjar med att konstatera att läkemedel och sjukvårdsmaterial är en nödvändig faktor för hälso-och sjukvårdens bedrivande, vidare att Sverige är importberoende, att nuvarande lagerhållning är begränsad samt att det saknas en samlad bild över tillgångar av läkemedel och sjukvårdsmaterial. Man efterlyser en nationell samordning för samhällets försörjningsberedskap. Utredningen identifierar tre huvudteman vad gäller sjukvårdens försörjning:

- Mer läkemedel och sjukvårdsmaterial i Sverige.
- Effektivare resursutnyttjande
- Säkerställd distribution

Detta kräver ökad lagerhållning. Utredningen använder en schematisk beskrivning av system för lagerhållning av läkemedel i 4 nivåer (Figur 8.1). Denna underlättar diskussion om tillkortakommanden och nödvändiga åtgärder.

SLS stöder de förslag som lyfts som möjliga och i utredningen beskrivs som lämpliga att genomföra redan nu – ökad lagerhållning i vardagen (nivå 1), statlig beredskapslagring (nivå 3) samt tillverkning (nivå 4). Konkreta förslag saknas dock i delbetänkandet.

I diskussionen om statligt ansvar för kostnader för lagerhållning (8.6.1 sida 162) är utredningen oklar i ansvaret för nivå 1. Här anges att lagerhållning som avser nivå 1 är ett ansvar för sjukvårdshuvudmannen. Denna formulering måste avse endast försörjning till vården i enlighet med kapitelrubrik då ansvaret för tillgång till receptförskrivna läkemedel på apotek och i hemmet måste ses som ett gemensamt ansvar för stat och distributionsled.

8.6.2 berör information till allmänheten kring hemberedskap. **SLS stöder** ett särskilt uppdrag till MSB kring detta. Den risk för hamstring som finns kring receptförskrivna läkemedel och som åskådliggjorts genom Coronapandemin kräver dock också särskilda åtgärder. Utöver de begränsningar som finns idag (och tillförts i samband med Coronapandemin) kring begränsade möjligheter till uttag såväl inom som utanför förmånen behöver det finnas förberedda regelverk som ytterligare kan begränsa möjlighet att hämta ut receptbelagda läkemedel till mindre än 3 månader för att i särskilt utsatta situationer kunna garantera tillgång till samtliga patienter med behov. Till detta bör också utökade möjligheter för att bryta förpackningar vid expedition på apotek samt kostnadsansvar för detta utredas.

SLS stöder utredningen bedömning att regeringen bör ta initiativ till en diskussion inom det nordiska hälsosamarbetet om nordisk tillverkningsberedskap i syfte att forma en multilateral arbetsgrupp som vidare utreder genomförbarheten av ett sådant förslag. **SLS anser** att frågan även behöver diskuteras inom ramen för EU-samarbete. Det är viktigt att notera att tillverkningsberedskap omfattar hela tillverkningskedjan samt även kompetensförsörjning till ansvarig myndighet och tillverkningsenhet, se även särskild bilaga från **Sektionen för läkemedelslära**.

Övriga förslag i kapitlet berör huvudsakligen redovisning av utgångspunkter för fortsatta arbete inför slutbetänkande och SLS har därför inga synpunkter på dessa delar.

9. Utbildning och övning

SLS stöder utbildningsaspekter.

10. Ekonomiska konsekvenser och prioriteringar av åtgärder

Ej kommenterat.

För Svenska Läkaresällskapet

Tobias Alfvén
Ordf. SLS

Christina Bergh
SLS nämndledamot

Mikael Hoffmann
SLS nämndledamot,
Ordf. SLS kommitté för läkemedelsfrågor

Bilagor:

SLS sektioner för
akutsjukvård
allmänmedicin
barnkirurgi
diabetologi
infektionssjukdomar
läkemedelslära
neurokirurgi
njurmedicin
pediatrik,
psykiatri och
SLS kommitté för eHälsa



SWESEM, Svensk förening för akutsjukvård

Specialistföreningen för ST-läkare och specialister i akutsjukvård.

2020-06-08

Svenska Läkaresällskapet och regeringen

SVAR PÅ REMISS: delbetänkandet Hälsa- och sjukvård i det civila försvaret *SOU 2020:23*

Delbetänkande av Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap

Svensk Förening för Akutsjukvård (SWESEM) tackar för möjligheten att yttra oss angående ovan delgiven utredning. Vi vill bidra med följande inlägg:

Akutsjukvård innefattar bl a följande områden:

- Alarmering
- Akut prehospital vård och transport
- Akutmottagning: bedömning, stabilisering och initial behandling samt remittering av patienterna till övriga sjukvården
- Kris- och katastrofmedicin i fredstid och krig

Utmärkande för ovanstående definition är att akutsjukvården har som sitt primära uppdrag enbart akuta processer medan övriga sjukvårdsområden och enheter i varierande grad oftast har elektiv och planerad vård som huvuduppdrag.

Bakgrund:

Sedan 1970 (i samband med 7-kronorsreformen) har sjukhusens akutmottagningar i stor utsträckning bemannats av AT och ST läkare från olika kliniker. Sjukhusens kliniker har i relation till sina kärnuppdrag nedprioriterat kvalitet och utveckling av akutmottagningen, som ofta bemannas av AT- och ST-läkare som regelbundet byts ut. Som följd har akutmottagningen väsentligt lägre medicinsk kompetens jämfört med övriga enheter i sjukvårdssystemet. Den fasta personalen som står för kontinuitet utgörs i regel av akutmottagningens sköterskor och undersköterskor.

SWESEM, Svensk förening för akutsjukvård

Hemsida www.swesem.org

E-mail info@swesem.org

Sedan 2015 är akutsjukvård godkänd som basspecialitet i Sverige och över 300 läkare i Sverige innehar denna kompetens. På sikt kommer uppskattningsvis 1000 - 1500 specialister i akutsjukvård att bemanna 60-70 akutmottagningar i Sverige. Specialister i akutsjukvård kan med fördel även utnyttjas inom alarmering, prehospital akutsjukvård, katastrofmedicin och militär akutsjukvård.

Generell analys:

Akutmottagningarna i Sverige har potential att uppnå kontinuitet inom framtida egna akutkliniker med egen bemanning av fasta läkare, kvalitetsutveckling och forskning. Myndigheten för vårdanalys har i sin genomgång "En akut bild av Sverige"(1) fastslagit att, förutom att en kompetenshöjning behövs på akutmottagningarna, så är även det akuta uppdraget undermåligt definierat.

Vi inom SWESEM ser här en stor potential att tillsammans med den civila och militära beredskapen tydligare definiera den framtida akutsjukvården inom områdena ovan. Genom att övergå från akutmottagningar till akutkliniker med ett tydligt akut uppdrag kan en plattform för ökad resiliens och uthållighet över tid byggas upp. Akutkliniker med hög närvaro av specialister inom akutsjukvård erbjuder en flexibilitet som snabbt kan ställa om för att möta alla slags akuta scenarion, exempelvis trauma, pandemier, CBRNE-hot, krigsrelaterade sjukdomar, terrorattentat etc.

Kommentarer till delbetänkandet:

5.1.1 sidan 59: "Den militära sjukvården på stridsfältsnivån måste därför koncentreras till livsuppehållande och stabiliserande insatser för att möjliggöra vidare transport i vårdkedjan till fältsjukhus eller civila sjukhus där mer avancerade ingrepp kan genomföras. Försvarsberedningen konstaterar att Försvarsmakten i dag har begränsade resurser att omhänderta ett stort antal skadade i ett stridsområde."

Vad gäller den militära sjukvården på stridsfältsnivå menar vi att akutläkare är väl lämpade för ändamålet. Vad gäller akuttransporter av akut skadade och sjuka, både civilt och militärt, ser vi stor potential att utnyttja akutläkare i detta sammanhang. Ett exempel är att helikopterverksamhet, både civilt och militärt, som en del av akutsjukvårdens organisation, lämpar sig väl för bemanning av akutläkare. En väl utbildad akutläkarkår verksam prehospitalt kommer att öka den operativa kapaciteten inom slutenvården både civilt och militärt då exempelvis anestesiloger och kirurger frigörs för operationer och intensivvård. Ett annat exempel från den civila sidan är massskjutningen i Las Vegas 2017 (2) då en akutklinik frigjorde kirurger och anestesiloger för att verka på operation och postoperativt istället för att bli fastlåsta på akutmottagningen där deras kompetens inte utnyttjas maximalt. Akutläkare bidrar alltså till att stärka hela den akuta vårdkedjan då respektive klinik/specialitet kan fokusera mer på dess kärnkompetens och uppdrag.

9.2.4 sidan 201: “Med en avancerad specialisering kan det vara svårt att även upprätthålla generalistkunskaper inom akutsjukvård inklusive traumaomhändertagande.”

Det är i viss mån korrekt att graden av generalistkompetens minskar i takt med allt mer avancerad specialistkompetens bland läkare. Det bör i sammanhanget betonas att akutläkare (specialist i akutsjukvård) är en generalistkompetens utvecklad delvis ur detta behov av att ha en bred akut kompetens som första linjens läkare. Akutläkare, inom ramen för akutkliniker och prehospital verksamhet, med rätt kompetens och uppdrag, har synnerligen goda förutsättningar för att upprätthålla den efterfrågade akuta kompetensen över tid. Akutsjukvård är den specialistkompetens som är mest exponerad för akut omhändertagande, inklusive traumaomhändertagande, året runt, dygnet runt. Utbildningen till akutläkare fokuserar på det mest akuta kompetenserna såsom säkerhetsaspekter under omhändertagande, massiva blödningar, basal och avancerad luftvägshantering, andningsinsufficiens, sviktande blodtryck, neurologiska bortfall etc. Vår kompetens är applicerbar på alla patienter i alla åldrar, alla typer av medicinska, kirurgiska eller psykiatriska frågeställningar. Omfattningen inkluderar allt från akuta förlossningar till ögontrauma. Akutläkare är tränade i att se till hela gruppen av akuta patienter och löpande fördela resurser alltefter behov samt verka i en miljö med begränsade resurser. Målet för det akuta omhändertagandet är att stabilisera patienten enligt gängse vetenskap och beprövad erfarenhet så att de klarar transport till lämplig slutenvårdsenhet, antingen till det lokala eller regionala sjukhuset. Patienter som ej behöver akut slutenvård behandlas akut och remitteras för uppföljning inom öppenvården om så krävs.

9.2.4 Sidan 201-202: “För att uppnå en ökad kunskap om katastrofmedicin och hälso- och sjukvårdens roll i totalförsvaret behöver det genomföras omfattande utbildnings- och övningsinsatser. Kommuner och regionerna bör t.ex. varje år öva delar av sin krigsorganisation mot de krav som totalförsvaret ställer. Detta kan göras genom exempelvis, simuleringsövningar, Utbildning och övning SOU 2020:23 ledningsövningar samt fältövningar tillsammans med Försvarmakten.”

Vi ser positivt på samövning och gemensam utbildning med Försvarmakten. Akutkliniker med specialister i akutsjukvård är en förutsättning för utveckling och kvalitetssäkring av en verksamhet dimensionerad för totalförsvarets behov. Inom akutsjukvården arbetar vi kontinuerligt med simuleringsträning, fallövningar och scenarioträning vilket är en naturlig del av vår förberedelse inför skarpa situationer. I detta inkluderas också ledarskap, kommunikation och samövning med övriga sjukvården och personalkategorier.

29.2.5 sidan 202 “Katastrofmedicin bör ingå i grundutbildningen för hälso- och sjukvårdspersonal”

Utredningen pläderar för högre kompetens inom katastrofmedicin och poängterar att det tagits bort från grundutbildningen för läkare och sköterskor, samt att ett återförande bör åstadkommas. Vi menar att det är långt effektivare att utbilda akutsjukvårdens läkare och sköterskor inom katastrofmedicin då de kommer att utnyttja denna kompetens samt vara den naturliga plattformen för kunskapsretention. Att sprida ut kompetensen katastrofmedicin på samtliga sköterskor och läkare under grundutbildning riskerar att bli en symbolhandling där reell kompetens inte upprätthålls eller vidareutvecklas.

Avslutande analys:

Utredningen som helhet belyser en rad områden där sjukvården inom ramen för totalförsvaret kan förbättras vid krig och katastrof och där det finns skäl att öka samarbetet där uppenbar synergi finns. Utredningen belyser också behovet av nationell samordning och kvalitetskrav på en rad områden.

Sedan 1970 har sjukvårdens civila organisation nedprioriterat akutsjukvård och katastrofmedicin som en indirekt följd av att många sjukhuskliniker sammantaget inte har det som sitt primära uppdrag. Akutmottagningar som drivs av sjukhusens slutenvård har nedprioriterat kompetens till den grad att man nöjer sig med underläkare som roterar korta perioder på dessa slutenvårdsdrivna akutmottagningar. I kontrast kan totalförsvaret ha tillgång till akutmottagningar drivna av specialister i akutsjukvård, som oavsett om det är fred, kris eller krig, kan upprätthålla relevant kompetens för totalförsvaret.

Sedan ca 20 år har olika initiativ tagits för att höja kompetensen på akutmottagningar med bl a utbildning och verksamhet av akutläkare. Dock skall sägas att denna utveckling har varit präglad av varierande ambitionsnivå, undermålig uppdragsbeskrivning samt begränsad möjlighet till utbildning och upprätthållande av kompetens. En av anledningarna kan vara att akutmottagningarna fortsatt är en lågprioriterad verksamhet inom sjukhusbudgeten och etablerade kliniker värnar om sina respektive uppdrag och kärnverksamheter.

I ljuset av att denna utredning pläderar för tydliga nationella kvalitetskrav inom akutsjukvården inom ramen för totalförsvaret och olika sjukhus och regioners varierande intresse för akutsjukvårdens utveckling kan man överväga att överföra akutsjukvården till statlig regi. Om det är av vikt för totalförsvaret att ha en nationell akutsjukvård med hög resiliens, flexibilitet och kompetensretention kan man tänka sig att funktionerna alarmering, prehospital akutsjukvård och samtliga akutmottagningar drivs på nationell nivå med enhetligt uppdrag och kravprofil. Akutmottagningarna omvandlas till akutkliniker och finansieras statligt vilket skulle ge en mer stabil plattform för att bygga upp en nationell akutsjukvårdsorganisation. För att säkerställa att akutsjukvården kan uppfylla totalförsvarets behov skulle akutsjukvården t.ex. kunna förstatligas och bli mer enhetlig. Synergi där det är möjligt mellan civil och militär akutsjukvård skulle därmed säkras på nationell nivå.

För svensk förening för akutsjukvård
Uppsala 8 Juni, 2020

Nicholas Aujalay, specialist i akutsjukvård, styrelseledamot SWESEM, T-anställd Sjöplut.
Amfibieregementet
Federico Centurion, ST-läkare i akutsjukvård, fd yrkesofficer Amfibieregementet
Arin Malkomian, ordförande SWESEM

1. Myndigheten för Vårdanalys. 2018. *En akut bild av Sverige*.
<https://www.vardanalys.se/rapporter/en-akut-bild-av-sverige/> (hämtad 2020-06-22)

2. Menes, Kevin. Tintinalli, Judith. Plaster, Logan. 2017. "How one Las Vegas ED saved hundreds of lives after the worst mass shooting in US history". *Emergency Medicine Monthly*. 3 november.
https://epmonthly.com/article/not-heroes-wear-capes-one-las-vegas-ed-saved-hundreds-lives-worst-mass-shooting-u-s-history/?fbclid=IwAR3RNtTpGocRKImrmsU_RRaIKiJGz5IOnU3wLApVeazJOFsQu3o71jIOPu4
(hämtad 2020-06-22)

Från: [Annika Larsson](#)
Till: [Susann Asplund](#)
Kopia: [Helene Swärd](#); [Gösta Eliasson](#)
Ärende: SOU 2020:23 Hälsa och sjukvård i det civila försvaret
Datum: den 10 juni 2020 20:57:49

Hej!

SFAM har tagit del av delbetänkandet Hälsa- och sjukvård i det civila försvaret (SOU 2020:23) och har inget att invända angående detta.

MVH
Annika Larsson
Viceordförande
Svensk förening för allmänmedicin



Remissvar från Svensk barnkirurgisk förening rörande delbetänkandet *Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning, SOU 2020:23.*

Bakgrund till remissvaret

Svensk barnkirurgisk förenings (SBKF) styrelse har som remissinstans inom Svenska Läkaresällskapet tagit del av SOU 2020:23. Detta *Delbetänkande* kommer i en mycket passande tidpunkt vid tanke på den pågående COVID-19-pandemin.

Den verksamhet som SBKF's medlemmar hanterar är både basal samt specialiserad kirurgisk och urologisk vård på barn (0-16år gamla) Utöver det innefattas en del nationellt högspecialiserad vård inom vår specialitetsförening. Barnkirurgi finns som formella kliniker på fyra av de sju Universitetssjukhusen (Uppsala, Stockholm Göteborg och Lund). Lejonparten av de mer allvarliga trauman som barn utsätts för sköts primärt eller sekundärt på dessa fyra enheter. Utöver detta utförs en hel del basal barnkirurgi på landets övriga sjukhus.

Konsekvenser för den civila sjukvården i allmänhet och den högspecialiserade i synnerhet

Delbetänkandet lägger stor vikt på traumavård och organisation av sjukvårdsresurser för omhändertagande av primärt drabbade delar av befolkningen i händelse kris- eller krig. Konsekvenserna för den civila sjukvården berörs i kapitel 4: Mål för hälso- och sjukvården inom totalförsvaret. *Delbetänkandet* rekommenderar att följande formulering läggs in i försvarsbeslutet år 2020 (sid 50):

”Den civila hälso- och sjukvården ska vid fredstida kriser och vid krig ha kapacitet att utföra sådan vård som inte kan anstå. Sådan vård ska säkerställas för såväl civila som för militär personal. Den av riksdagen beslutade prioriterings-plattformen gäller vid prioritering av vårdbehov. 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”.

Med detta är det klart att omprioriteringar kommer att behöva göras. En omfattande omställning från fredsorganisation till kris eller krigsorganisation innebär att resurser (utrustning, lokaler och personal) omfördelas till trängande verksamheter. Risken för undanträngningseffekter är då uppenbar, men berörs högst summariskt. I kapitel 4, sid 55, skriver man om undanträngningseffekterna och att ”dessa måste förberedas” (sid 55). Hur dessa förberedelser ska göras klarläggs dock inte senare.

Regionernas ansvar betonas i *Delbetänkandet*, men hur det säkerställs att högspecialiserad vård och den vård som bedrivs inom ramen för NHV-uppdrag eller dylika nationella uppdrag ska fortgå saknas. De högspecialiserade klinikerna är få till antalet och därmed sårbara (med risk för att slås ut eller isoleras fysiskt, risk för att decimeras/dräneras på kompetens, risk för ojämn belastning nationellt i händelse av regionala konflikter eller kriser). Detta stämmer överens med erfarenheter utifrån den nuvarande COVID-19-pandemin. Högspecialiserad vård har i dagens läge drabbats mycket olika beroende på var i landet man bor.



Barnperspektiv

Termen *barn* förekommer endast två gånger i *Delbetänkandet* (sid 44) och handlar då enbart om nyfödda barn. Inget finns nämnt om barnsjukvården i stort, varken den medicinska eller den kirurgiska. Barnsjukvården med sina speciella behov och skyddsvården diskuteras inte alls. Detta ser vi som en brist i *Delbetänkandet* och önskar argumentera för att en fungerande barnsjukvård utgör en grundbult i samhällskontraktet mellan medborgare och offentlig verksamhet. Barnsjukvården är dessutom extra sårbar då den är såväl resurskrävande som högspecialiserad

Önskemål om kompletteringar eller förtydliganden i *Delbetänkandet*

För att beakta den högspecialiserade barnsjukvårdens behov efterfrågar SBKF följande:

1. Tydligare beslutsstöd för prioriteringar, och riktlinjer för resursfördelning mellan primär/sekundär akutsjukvård och tertiär/högspecialiserad vård. Det berörs alltför summariskt i *Delbetänkandet* hur den högspecialiserade vården ska styras, organiseras och förbli uthållig över tid.
2. Att en nationell samordning/inriktning av högspecialiserad vård blir en del av en nationell kris- och beredskapsplan. Nationella eller regionala uppdrag borde i detta sammanhang förtydligas, så att de tillgängliga vårdresurserna på högspecialiserade-enheter används optimalt ur ett nationellt perspektiv.
3. Att man förtydligar att skyddet av barns rätt till hälsa och sjukvård utgör en särskild beaktansvärd faktor vid en omställning till kris- eller krigsorganisation.



SVENSK FÖRENING FÖR DIABETOLOGI
SWEDISH SOCIETY FOR DIABETOLOGY

Stockholm 2020-06-11

Remissvar angående remiss ” Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning (SOU 2020:23)

Styrelsen för Svensk Förening för Diabetologi (SFD) tillstyrker remissen

På styrelsens vägnar

Neda Rajamand Ekberg

Vetenskaplig sekreterare

Svensk förening för diabetologi

Svenska infektionsläkarföreningens remissvar på "Delbetänkande SOU 2020:23 Hälsa- och sjukvård i det civila försvaret."

Svenska infektionsläkarföreningen (SILF) har tagit del av delbetänkandet och har följande synpunkter.

Utredningen har enligt sammanfattningen (sidan 11) haft uppdraget att göra en översyn av hälso- och sjukvårdens beredskap inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap samt lämna förslag på hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera denna typ av händelser långsiktigt.

Under de senaste månaderna har Covid-19 pandemin med önskad tydlighet visat vilka brister sjukvården haft rörande beredskap inför och vid allvarliga händelser. Många av utredningens förslag är välkomna och väl utförda och kommenteras fortsatt i detta remissvar. Särskilt viktiga är de utmärkta förslag som finns i kapitel 8 om förnödenhetsförsörjning av materiel, läkemedel och vaccin.

Rörande beredskapen för smittsamma sjukdomar har infektionsläkarföreningen sedan 2009 erfarenhet av influensapandemi 2009, Ebola-utbrott 2014-15 och nu Covid-19. Under framförallt de två senaste epidemierna har tydligt framkommit de brister i sjukvårdens organisation som de 21 regionerna och mångfalden av inblandade statliga myndigheter utgör:

- Ett likartat arbete utförs i 21 självständiga regioner med delvis olika utfall vilket för medborgarna blir svårförståeligt
- Det är ibland oklart vilket mandat och vilken roll myndigheterna (Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, MSB) har och deras relation till SKR
- I ett land med endast 10 miljoner invånare leder detta till att mycken tid åtgår för att avgöra vem som ska göra vad

Det står klart för svenska infektionsläkarföreningen att utredningen inte kunnat ge synpunkter på regionernas uppdrag att vara vårdgivare och regioners och kommuners självstyre. För en seriös bedömning av landets beredskapsförmåga anser vi likväl att frågan måste lyftas i de sammanhang utredningen berör.

Vidare präglas utredningen av den syn på beredskap som länge genomsyrat den svenska synen på katastrofer med ensidigt fokus på masskadesituationer. Olyckor med stort antal skadade under kort tid är mycket viktiga att ha beredskap för såväl i fredstid som i krig. Men det är också av synnerlig vikt att ha beredskap för epidemiska situationer; både i fredstid och i krig.

Begreppet smitta, smittsamhet, epidemi och pandemi förekommer här och var i utredningen men är inte sammanhållet på samma sätt som katastrofmedicin där man detaljerat beskriver t.ex. utbildningsbehov. Ofta är det del av begreppet CBRNE. Skillnaderna mellan en kemisk olycka eller stridsåtgärd och en pandemi är så stora att epidemiska infektionssjukdomar vore värt en egen huvuddel i denna i många stycken utmärkta utredning.

Vi skulle därför inför slutbetänkandet vilja föreslå att utredningen kompletteras med en noggrannare del av vilka speciella faktorer som kännetecknar beredskap för smittsamma

sjukdomar. Svenska infektionsläkarföreningen och NKO infektionssjukdomar bidrar gärna med kunskap och erfarenheter kring dessa.

Specifika synpunkter:

- Sid 30 f.f. angående rollfördelning: föreningen instämmer i att det saknas tydlighet för rollfördelning mellan stat och regioner. En större tydlighet är av synnerlig vikt. Krisledningsarbetet under pågående pandemi har visat att initiala planer i många fall saknats.
- Sid 33 "Skadetyper i krig" – Exempel på stycke där även synpunkter på smitta vore naturligt. Även i moderna krig utgör smitta och t.ex. spridning av antibiotikaresistens förluster av manskap.
- Sid 62: 5.2.2 utredningens förslag saknar förslag om epidemiberedskapsplatser. Bör kompletteras! Det är mycket viktigt att regioner och kommuner samverkar; men även en samverkan regionövergripande bör vara av stor vikt då vissa regioner rimligen drabbas mycket hårdare av fientliga angrepp än andra?
- Sid 65-66: Covid-19 har både internationellt och nationellt tydligt indikerat att lokaler lämpliga för vård måste identifieras både inom lokaler avsedda för vård och ej primärt avsedda för vård.
- Sid 77: 5.3.2 Det är utmärkt med en planering för att fördubbla antalet vårdplatser. Dock förefaller de ekonomiska beräkningar som följer senare i utredningen vara väl optimistiska. Kostnader för lokaler som står i malpåse är stora. En beredskap med sjukhussängar, medicinska gaser, sänglinne mm, mm innebär stora kostnader. Utan användbar utrustning blir det svårt!
- Sid 80: 5.3.3 Det är utmärkt och välbehövt att skapa en god kapacitet för mikrobiologiska analyser. Vi förstår inte varför en myndighetsgemensam resurs skulle vara viktigare än en för hälso- och sjukvården. Synd att detta är det enda konkreta förslaget inom området infektionssjukdomar.
- Sid 91: Ett centralt stycke rör FHM:s samordning av pandemiberedskap. Trots dessa goda intentioner hade regionerna och staten uppenbart inte tillräcklig förberedelse. Detta kommer väl att utredas på andra håll (coronakommission?) men för denna utrednings slutbetänkande kan man tänka sig att hårdare styra regionernas pandemiplanering med föreskrifter snarare än rekommendationer
- Sid 96: Utredningen föreslår ytterligare en myndighet. Vår förening ser istället behov av färre inblandade myndigheter med tydligt centralt statligt ansvar.
- Sid 98: Ja, finansiering behövs för stöd till regionerna för denna beredskap liksom för kommuner.
- Sid 128: Civilplikt som en del av sjukvårdens beredskap med utbildad personal lämplig vid pandemi/epidemi är ett mycket bra förslag.
- Sid 146: Hela kapitel 8 är välskrivet och tar upp adekvata åtgärder rörande förnödenhetsförsörjning avseende såväl materiel, läkemedel som vaccin. Man kan inte nog betona vikten av detta och att även staten måste ha ett övergripande ansvar eftersom kommuner och regioner är småspelare på en internationell marknad.
- Sid 192: Stycket om CBRNE är alltför summariskt, som tidigare anförts bör det kompletteras med ett större stycke om pandemi/epidemi
- Sid 197: Utbildning i katastrofmedicin bör utvidgas till pandemiberedskap, internationella erfarenheter från utbrottsbekämpning mm. Sådana kunskaper är av

synnerlig vikt för sjukvården i ett beredskapsscenario. Hur vårt land skulle hantera en större störning i avloppssystem är ett exempel.

- Sid 212: Utredningen för ett berättigat kritiskt resonemang om LEH och HSL. Dessa frågor bör belysas och lösas för att säkerställa framtida beredskap.
- Sid 213: Det är problematiskt att socialstyrelsen och folkhälsomyndigheten skall få anslag från MSB för att få angelägna uppgifter utförda, ibland i projektform. Så skedde t.ex. vid Ebolautbrott. Slutligen har vissa regioner tagit på sig ansvar för detta utan stöd av staten trots att nationellt ansvar behövs. Nu, fem år senare utreds hörisolering av socialstyrelsen som högspecialiserad vård. Det kan noteras att Linköpings högisoleringsavdelning drivits med mycket knappa regionala medel under 2000-talet.
- Sid 226: Kostnaden för fördubbling av vårdplatser ter sig märkligt låg som tidigare anmärkts. Fastighetsunderhåll kostar även i tomma lokaler, liksom den avgörande utrustningen för vård.
- Sid 229: Föreningen instämmer i de prioriteringar som finns i detta stycke. En målsättning är av stort värde och pandemiberedskap är en utomordentligt viktig del av detta inte minst som utredningen resonerar för att undvika undanträngningar. Resonemanget om regionernas ansvar för beredskapslager med aktiviteter i en global marknad talar snarare för större samordning och gemensamma grepp. Materiel för 10 miljoner är sannolikt lättare att säkra än för 300 000. Gällande utbildning är det viktigt att utbrott av smittsamma sjukdomar blir en del av den katastrofmedicinska basutbildningen.

200622

Sammanställt av Peter Lanbeck för Svenska Infektionsläkarföreningen

Mia Furebring
Vetenskaplig sekreterare
SILF

Umeå 22 juni 2020

Synpunkter avseende remissen Hälsa- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning (SOU 2020:23)

Sektionen för läkemedelslära är glad att bli tillfrågad att ge synpunkter på delbetänkandet SOU 2020:23 (*"Hälsa- och sjukvård i det civila försvaret: underlag till försvarspolitisk inriktning"*) från utredningen *"Utredningen om hälsa- och sjukvårdens beredskap"*. Utredningen fick tilläggsdirektiv i november 2019 att också föreslå behövliga åtgärder för att förebygga och hantera situationer med brist på läkemedel och hälso- och sjukvårdsmateriel under förhållanden då inte någon allvarlig händelse förelåg.

Övergripande synpunkter

Sektionen för läkemedelslära inom Svenska Läkaresällskapet koncentrerar sina synpunkter på områden som rör läkemedelsfrågor, och kompetens om läkemedel för planering och för att hantera kris och krigssituationer.

Sektionen konstaterar att vissa av utredningens förslag i delbetänkandet är behövliga att genomföras under normala samhällsförhållanden för att säkerställa tillgång till viktiga läkemedel för hälso- och sjukvården. Idag i fredstid behövs:

1. **Bättre tillgång och leveranssäkerhet av restnoterade läkemedel**, som ofta har ringa "ekonomisk potential" för kommersiella industrier. Antalet läkemedel som restnoteras har ökat under senare år. Många av dessa är essentiella läkemedel. Detta är ett globalt problem och väl beskrivet i litteraturen. Ingen institution/allmännyttigt företag har ansvar för att förse hälso- och sjukvården med dessa.

Sektionen föreslår att utredningen tittar på möjligheten att etablera en statligt ägd verksamhet för tillverkning av essentiella läkemedel med stor medicinsk nytta men som saknar kommersiellt värde. Tidigare fanns företaget ACO som fyllde en sådan funktion. Ett sådant statligt ägt företag/bolag har allmänintresse i fredstid, och skulle kunna fylla funktionen som ett produktionsbolag av läkemedel i både kris- och fredstid. Detta utesluter inte att det kan vara intressant att försöka initiera en nordisk tillverkningsberedskap av läkemedel. Men konsekvenserna av covid-19-krisen behöver nog analyseras utifrån avbrutna leverans- och försörjningskedjor av läkemedel och skyddsmaterial mellan de skandinaviska länderna. (Förslag 8.6.5, sid 175).

2. **Fler globala centra för tillverkning av läkemedelssubstanser och tabletter**. Idag tillverkas merparten av läkemedelssubstanser och tabletter i Kina och Indien vilket gör världen extremt utsatt vid leverantörsavbrott. På EU-nivå vore det lämpligt att etablera ytterligare centra med högre miljöstandard än nuvarande tillverkningsorter i Kina och Indien, och med ökad konkurrens som följd.

Sektionen föreslår att utredningen i sitt slutbetänkande analyserar om den dysfunktionella globala läkemedelstillverkningen och -marknanden motiverar EU-samarbete för att säkra tillgång till essentiella läkemedel i freds- och krigstid, och kräver etablering av EU-baserad produktion av läkemedelssubstanser och tabletter.

3. **Samarbete med de skandinaviska länderna för gemensamma upphandlingar och krishandelsavtal.**

Hälso- och sjukvården i Sverige och i världen står för stora utmaningar att kostnadseffektivt erbjuda sina medborgare nya och dyra läkemedel (t.ex. cell- och genterapier). Dessa behandlingar kan kosta upp emot 20 miljoner kronor per patient och år. Idag saknas det i Sverige en institution, som effektivt nationellt och internationellt, upphandlar sådana läkemedel till rimliga priser. Det behov som utredningen påvisar av internationell upphandling av läkemedel för kris- och krigstid finns även i fredstid, men utan ansvarig institution. Detta är i linje med förslaget att se över nuvarande krishandelsavtal med de nordiska länderna (kapitel 8.5).

Sektionen föreslår att utredningen i sitt slutbetänkande beaktar om en kommande myndighet för upphandling av läkemedel/materiel för kris- och krigstid kan tillgodose civila behov enligt ovan.

4. **Kompetensförsörjning till en distinkt myndighet/institution med beredskapsansvar för läkemedel och sjukvårdsmateriel** och till ett företag/bolag för tillverkning av essentiella läkemedel är central. I sitt slutbetänkande bör utredningen bedöma vilka kompetenser som krävs och hur dessa eventuellt kan bistå hälso- och sjukvården med upphandling och tillverkning av läkemedel, som idag är bristvaror p g a en delvis defekt läkemedelsmarknad.

Specifika synpunkter

Sektionen för läkemedelslära delar utredningens uppfattning att robustheten i vardagen behöver öka. Detta exemplifieras av ovanstående argument att förstärkt kris- och krigsberedskap vilkeet också ger säkrare tillgång till kostnadseffektiva läkemedel (kapitel 5.5).

Sektionen för läkemedelslära anser att det är klokt att grundligt undersöka och dokumentera svensk produktion av aktiva substanser, hjälpämnen och förpackningsmaterial, samt färdiga läkemedelsprodukter. Sektionen vill påpeka det också är kritiskt att klargöra landets förmåga att producera hjälpmedel för administration, t ex injektion och infusion av läkemedel (kapitel 8.5). Läkemedelsverket bör, om det är möjligt, samverka med sina nordiska motsvarigheter om motsvarande kartläggningar.

Sektionen för läkemedelslära tillstyrker modellen för gradering av olika typer av lagerhållning/beredskap enligt (Figur 8.1 på sid 156) med följande synpunkter:

- Det är rimligt att regionerna har ansvar för att säkerställa försörjning av läkemedel i ett katastrofmedicinskt läge. Dock bör erfarenheterna från covid-19-krisen utvärderas. Det är rimligt att beakta om ytterligare nationella lösningar krävs för kriser och beredskap.
- Utredningens förslag om att allmänheten vid kris- och krigssituationer skall upprätthålla ett eget lager om en månads förbrukning behöver kritiskt diskuteras i relation till förmånsregler och risk för hamstring.
- Sektionen delar utredningens uppfattning att de flesta lager bör löpande bytas ut.

Styrelsen för sektionen för läkemedelslära, genom

Stig Jacobsson
Ordförande

Från: [Emma Svendsdotter](#)
Till: [Susann Asplund](#)
Ärende: Re: remiss
Datum: den 15 maj 2020 09:13:44

Hej,

styrelsen för Svensk Neurokirurgisk Förening (SNF) har tagit del av delbetänkandet. Vi finner innehållet relevant, men vill betona det faktum att det är viktigt att man drar erfarenhet utifrån den aktuella situationen med pandemin. Detta kommer sannolikt leda till ny kunskap och nya slutsatser.

MVH
Emma Svendsdotter
ordf SNF

Den mån 11 maj 2020 kl 18:39 skrev Susann Asplund <susann.asplund@sls.se>:

Till SLS sektioner, delegationer, kommittéer

Hej!

SLS har från Socialdepartementet fått remissen

Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning (SOU 2020:23) http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2020/04/SOU-2020_23_webb.pdf

Utredningen fick i augusti 2018 i uppdrag att göra en översyn av hälso- och sjukvårdens beredskap inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap samt lämna förslag på hur hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera denna typ av händelser långsiktigt bör utvecklas. I detta delbetänkande redovisas utredningens analys av de förslag till inriktning för hälso- och sjukvården som en del av det civila försvaret som Försvarsberedningen, Försvarsmakten och MSB har lämnat. Utredningens bedömningar i detta delbetänkande är avsedda att utgöra ett underlag inför den försvarspolitiska inriktningsproposition som regeringen ska lämna till riksdagen under hösten 2020.

SLS tar tacksamt emot synpunkter på remissen **senast den 22 juni 2020** till susann.asplund@sls.se

Med vänlig hälsning

SUSANN ASPLUND JOHANSSON

Organisationssekreterare

SVENSKA LÄKARESÄLLSKAPET

TFN 08- 440 88 92

ADRESS Klara Östra Kyrkogata 10,
Box 738, 101 35 Stockholm

WEBB

FACEBOOK

TWITTER

YOUTUBE

[Prenumerera på vårt nyhetsbrev](#)

Svenska Läkaresällskapet för förbättrad hälsa och sjukvård i samhället.

Läs mer om hur vi samlar in, använder, lämnar ut och lagrar dina personuppgifter i vår [integritetspolicy](#).



SVENSKA LÄKARESÄLLSKAPET

susann.asplund@sls.se

Svar på remissen **"Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning (SOU 2020:23)"**

Svensk Njurmedicinsk Förening (SNF) tackar för möjligheten att inkomma med synpunkter på detta delbetänkande. Mycket av det som lyfts är viktigt och angeläget och utredningens bedömningar i detta delbetänkande är alltså avsedda att utgöra ett underlag inför den försvarspolitiska inriktningsproposition som regeringen ska lämna till riksdagen under hösten 2020.

SNF:s egentligen enda invändning är att det inte på något ställe i delbetänkandet nämns något om dialys, fr a hemdialys (peritonealdialys/hemhemodialys). Detta borde åtminstone omnämnas i stycket på s. 167: *"För att få en uppskattning av vad en utökad lagring skulle kunna kosta har utredningen beräknat värdet för en månads hemlagring av vissa receptläkemedel. Det handlar i huvudsak om tablett eller kapsel-behandlingar (exklusive antibiotika), behandling med inhalatorer, ögondroppar och vissa läkemedel för egen behandling genom injektioner (antireumatiska läkemedel och insulin). Narkotika har exkluderats helt då en ökad lagring av narkotika i hemmen är förenad med många olika risker. Urvalet är inte fullständigt utan en grov uppskattning."*

Det är möjligt att t ex peritonealdialys kommer att behandlas längre fram i arbetet, men SNF vill ändå tydliggöra att behovet av utökad lagring i denna patientgrupp är både stort, viktigt och problematiskt (utrymmesskäl).

För Svensk Njurmedicinsk Förening

Styrelsen

Remissvar från Svenska Barnläkarföreningen på Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning (SOU 2020:23)

Svenska barnläkarföreningen instämmer i stort i analysen av förslag för inriktning av hälso- och sjukvården i det civila försvaret.

Vi noterar med tillförsikt att man redan lyft flera viktiga barnperspektiv i delbetänkandet.

- När det gäller prioriteringsplattformen för Hälso- och sjukvård har man betonat att åldersdiskriminering inte får ske och exemplifierat med att generell gränsdragning för prioritering inte får ske schablonmässigt för prematurfödda barn.
- Man har lyft fram ökad tillgänglighet i barnhälsovården för att stärka det civila försvaret med en överenskommelse mellan staten och SKR

Det barn- och ungdomsperspektiv som vi därtill vill problematisera är

- Totalförsvarsplikten och de frivilliga försvarsorganisationernas viktiga uppgift i hälso- och sjukvården under höjd beredskap och krig. Här lyfts ungdomar (under 18 år) som en särskild resurs. Även om det står klart att minderåriga inte får bära vapen i strid, kan situationer lätt uppstå då barnets säkerhet är hotad då de medverkar i dessa organisationer i krislägen. Barnläkarföreningen vill dessutom understryka barns och ungdomars rätt till fritid, vila, umgänge med familj och skolgång enligt Barnkonventionen. Rekrytering till olika försvarsorganisationer bör därför fokusera på vuxna.

Svenska Barnläkarföreningen

2020-06-21

Remissvar: Delbetänkandet SOU 2020:23 Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning

Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF) tackar för möjligheten att yttra sig över rubricerade delbetänkande.

Sammanfattning:

Sammantaget samtycker föreningen till den breda översynen av hälso- och sjukvårdens roll i civilförsvaret. De psykologiska och psykiatriska aspekterna behöver beaktas i utbildning, planering och i händelse av krig.

Avsnitt 3: Planering, ledning och samordning

Omhändertagande av krisdrabbade (lätt skadade, vittnen och anhöriga) är en viktig del i det akuta skedet som behöver beaktas på samma sätt som akut kroppslig sjukdom. Fungerar inte krisomhändertagandet kan det belasta akutsjukhusen och försvåra vården. PKL-verksamhet (psykologisk/psykiatrisk katastrofledning) eller motsvarande behöver ingå i organisationen för att kunna ansvara för krisomhändertagandet.

Regionerna behöver ge möjlighet att avsätta personal och arbetstid för denna verksamhet i större omfattning än vad som görs nu. Därtill medverka till utbildning och regelbundna övningar för att säkerställa god kompetens. Övningar gällande krisdrabbades omhändertagande skulle även kunna planeras med Försvarsmakten för ett samordnat agerande.

Trossamfundens resurser utgör ett viktigt stöd för samhället vid allvarliga händelser oavsett trosinriktning. Trossamfunden, inklusive sjukhuskyrkorna, bör ingå i krisplaneringen eftersom all krishantering inte behöver innefatta psykiatrisk vård. Religion och samfundens gemenskap är centrala för många invånare. Trossamfunden har dessutom kunskap om kulturella aspekter samt viktiga nätverkskontakter som kan komma samhället väl till gagn.

Avsnitt 4: Mål för hälso- och sjukvården inom totalförsvaret

Svenska Psykiatriska Föreningen betonar vikten av att personer med allvarlig psykisk sjukdom ska få adekvat vård även under krissituationer och krig.

Avsnitt 5: Hälso- och sjukvårdens förmåga i kris och krig

Utöver medicinsk vård, krävs även en organisation för att ta hand om ett stort antal avlidna personer. Flödet från sjukhus till bårhus och begravningsceremoni behöver säkerställas. Under pandemin var det t ex brist på kylrumsplatser i Stockholmsområdet.

Kunskapen om Socialstyrelsens nationella fördelningsnyckel gällande patienters fördelning mellan sjukhus och regioner behöver spridas och vara förankrat i verksamheterna. Övningar är av vikt för att aktörerna skall agera samordnat.

Avsnitt 8: Förnödenhetsförsörjning

De senaste åren har det vid flera tillfällen uppkommit brist på viktiga läkemedel t.ex. litium som är förstahandspreparat för att förebygga bipolär sjukdom som obehandlad kan leda till svår psykisk sjukdom i form av manier eller svåra depressioner. Det har även förekommit brist på vanliga sömnmediciner och ångstdämpande läkemedel. Lagerhållning av läkemedel som används vid psykisk sjukdom behöver säkerställas, både vid normalläge och förhöjd beredskap. De läkemedel som främst avses är litium, neuroleptika i såväl tablett som injektionsform (mot psykos), bensodizepiner (mot ångest) samt sömnläkemedel.

Avsnitt 9: Utbildnings och övning

Gällande utbildning behöver även psykologiska och psykiatriska tillstånd beaktas t.ex. krisreaktioner, akuta stressreaktioner och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Det är viktigt att säkerställa en basal kunskap kring omhändertagande av krisdrabbade för att förebygga svårare psykiatriska tillstånd. Här är Socialstyrelsens skrift ("Krisstöd vid allvarlig händelse", 2018) ett viktigt dokument som belyser att okunnigt bemötande kan riskera återtraumatisering av individer.

För Svenska Psykiatriska Föreningen

Linda Martinik
Sekreterare

Cave Sinai
Ledamot

Målet med utredningen är att *”göra en översyn av hälso- och sjukvårdens beredskap inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap samt lämna förslag på hur hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera denna typ av händelser långsiktigt bör utvecklas (dir. 2018:77).”*

Utredningen pekar på många viktiga problemområden, men det finns lösningar och möjligheter med ett hälsoinformatiskt arbete som inte tas till vara. Dessa ligger i linje med de visioner om eHälsa och digitalisering som nämns (s 100) och är väl beskrivna i tex Rätt information på rätt plats i rätt tid (SOU 2014:23).

Synpunkter på specifika delar av innehållet i utredningen

Kapitel 5.5.3 Informations- och kommunikationsteknologi samt AI behöver vara robust påtalar att system bör vara säkra och robusta och att *”Nationella lösningar som gemensamma journalsystem eller journaldatabaser saknas”*. Vi saknar förslag avseende var ansvaret för att driva dessa frågor bör ligga.

Vi föreslår att utredningen kompletteras med råd om att samordna arbetet med hälsoinformatik och hälso- och sjukvårdssystem, så att välfungerande och säkra lösningar kan tas fram, upphandlas, implementeras och skötas inom landet.

Målen under 6.3 samordning för sjuktransporter och 8.6 sammanhållet system för lagerhållning av läkemedel och sjukvårdsmatriel skulle väsentligen underlättas av ett välfungerande informationsflöde inom hälso- och sjukvård. Detta belyses exempelvis av de svårigheter som bristen på samordnad nationell information om tillgängliga/belagda IVA-platser respektive lager av propofol har medfört under covid-19 pandemin.

Avseende 7.3 Tillgång till uppgifter om utbildad hälso- och sjukvårdspersonal är det inte självklart att den optimala lösningen är att skapa, och underhålla, ytterligare ett nationellt register. En mer resurssparande lösning kunde vara att befintliga register kompletteras med enhetligt utformad information utifrån ett katastrofmedicinskt behov, så att data från dessa kan sammanställas nationellt för detta syfte.

Synpunkter på ämnen som bör vara med i utredningen:

Systematisk analys av människors informationssökande, t.ex. avseende ändrade sökmönster, kan användas för att t.ex. tidigt uppmärksamma tecken på en uppseglande allvarlig händelse. Även analys av hälso- och sjukvårdsadministrativa data kan användas för detta syfte. Detta nämns inte i utredningen och är en förbisedd möjlighet med ett hälsoinformatiskt arbete.

Vid allvarliga händelser söker människor information var helst de kan. Avsaknad av adekvat information, liksom motstridig information från olika myndigheter, gör människor sårbara för felaktig information som sprids av okunskap eller som en del i systematisk desinformation. Det är viktigt att Sverige är rustat att kunna förmedla information och svara på frågor även i kristid, och att det är tydligt vems ansvaret för detta är.

Vi föreslår att utredningen kompletteras med råd avseende vilken myndighet som i en krissituation ska ansvara för att utforma och publicera information till medborgarna inom området hälsa och sjukvård. Idag verkar ansvarsfördelningen mellan Socialstyrelsen, Ehälsomyndigheten, DIGG och MSB oklar.

I utredningen belyses vikten av teknisk robusthet i sjukvårdssystemen för att dessa ska fungera även i en krissituation, det betonas att papper och penna inte är plan B. Det framgår inte tydligt vad som är "plan B". Vi anser att det ytterligare bör tydliggöras att det ställs krav på regionerna att ha planer för hur sjukvårdens IT-system och arbetssätt ska anpassas vid olika slags infrastrukturstörningar. Förutom teknisk robusthet behövs katastrofmedicinsk beredskap även vad gäller systemens informatik. Här behöver utredningen kompletteras avseende krav på planering för anpassning av informatiken i sjukvårdssystemen i en katastrofsituation. Exempelvis bör regionerna ha en planering för hur journalsystem och andra kritiska system ska ställas om för att bättre stödja vårdens behov i olika i förväg identifierade scenarion. (T.ex. färdiga journalmallar anpassade för en masskadesituation eller en omfattande epidemi). Det finns även ett tydligt behov av nationella informationsspecifikationer utformade för att stödja vårdens behov i olika katastrofscenarion. Detta skulle även ge väsentligt bättre underlag för analys, strategiska beslut, samordning och planering.

Vi ser också behov av:

- Plattformar för säker kommunikation mellan olika aktörer (sjukvård – kommunal omsorg – närstående etc) för att möjliggöra samordning i ett katastrofläge. (Under covid-19 pandemin har ett stort antal patienter drabbats av att det idag i många regioner saknas "godkända" verktyg för digitala möten över huvudmannagränser.)
- Nationell samordning av "akut apputveckling" för att stödja vården i en krissituation

Svaret är utarbetat av Mattias Agestam, Evalill Nilsson och Anna Rossander och är godkänt av hela eHälsokommittén.