



Socialdepartementet

Ert tjänsteställe, handläggare

Ert datum

Er beteckning

Vårt tjänsteställe, handläggare

Vårt föregående datum

Vår föregående dnr

Ledamoten Lars Nylén
lars.nylen.ua@telia.com

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

Kungl. Krigsvetenskapsakademien (KKrVA) har inbjudits att yttra sig över rubricerad utredning. Härmed överlämnas akademiens yttrande som utarbetats av en arbetsgrupp inom akademien.

Beslut i detta ärende har fattats av akademiens presidium.

Sammanfattning

Akademien anser att utredningen redovisar ett antal mycket angelägna förslag, flera som redan berör förhållanden i fred, vilka måste åtgärdas nu. Sammanfattningsvis kan sägas att:

- Ansvarsprincipen räcker inte till för kriser utan måste kompletteras.
- Redan i fred måste nationell nivå utveckla sin kompetens eftersom regional och lokal hälso- och sjukvård kläms mot kapacitetstaket.
- Behovsanalysen för hälso- och sjukvården måste göras utifrån ett större perspektiv än regioner och kommuner.
- Näringslivet har en viktig roll i allt civilt försvar och måste göras delaktigt.
- Utbildningen i katastrofmedicin måste bli obligatorisk för läkare och sjuksköterskor med flera grupper, vilket påpekats i flera år.

Övergripande synpunkter

KKrVA har inom projektet ”Krigsvetenskap i det 21:a århundradet” (KV21), ingående studerat det svenska totalförsvaret och redovisat sin



analys av svagheter, behov av åtgärder samt förslag i ett antal böcker och artiklar. En stor del av studien har ägnats avsaknaden av ett civilt försvaret.

I projektets slutrapport ”Ett trovärdigt totalförsvaret” (2018) redovisas (sid 166 ff) en analys av sjukvårdssituationen och hur Försvaretsmaktens tidigare förmåga till kvalificerat traumaomhändertagande och kirurgi sjunkit avsevärt och att landets behov av traumavård i kris och krig i allt väsentligt ska täckas av den civila sjukvården. Projektet ledde fram till uppfattningen att marginalerna i den civila sjukvården för stora skadefall är små och att mycket måste göras omgående i kris och krigssjukvården (s 295 ff).

Den Coronapandemi som drabbade världen i början av år 2020 bekräftar tydligt den skörhet och de brister som KKrVA anser finns i svensk sjukvård (slutenvård, öppenvård samt kommunal vård och omsorg) redan i fred och som återkommande påtalats från flera håll. Uthålligheten utan allvarliga undanträngningseffekter är otillräcklig. Utvecklingen är därtill sådan att risken är att sjukvården kan komma att bli än mer skör och mindre uthållig vid exceptionell belastning och med sämre beredskap för kris och katastrof. Utredningens förslag bromsar en sådan negativ utveckling.

Svensk sjukvård måste tillföras resurser för att redan i fred skapa ökad robusthet i hela vårdkedjan, inklusive rehabilitering samt för garanterad tillgång till kritiska resurser och bättre försörjningsberedskap. Förmågan till omställning (”surge capacity”) måste dessutom kraftigt utvecklas, förberedas och övas för att kunna förmedla också vanlig bassjukvård parallellt med kris- och krigssjukvård.

Covid-19 sjukvården innebär ett nytt normalläge och visar hur den akut genomförda omställningen skapat undanträngningseffekter för lång tid framåt. Risken för nya viruspandemier är dessutom långt ifrån försumbar. Det är inte en hållbar situation.

KKrVA noterar med stor tillfredsställelse att utredningen i sitt delbetänkande i allt väsentligt kommit till samma slutsatser och ser i det mesta samma behov som KKrVA redovisat i projektet KV21. Mycket är självklarheter och borde ha varit åtgärdat för länge sedan. Mycket är dock analyser av analyser. Nu krävs åtgärder.

Utredningen redovisar även inledda och pågående aktiviteter för att förbättra sjukvårdens förmåga. Det är mycket angeläget att förslagen inte dras i långbänk och bromsar utvecklingen.



Problemet är inte att beslutsunderlag saknas, tvärt om. Det är knappast ägnat att skynda på en mycket angelägen process då förslagen tycks bli inbäddade i totalförsvarets planeringsprocess (2021-2025) som tar sin utgångspunkt i den försvarspolitiska inriktningspropositionen. Detta förhållande kommer inte heller att ge sjukvårdsfrågorna nödvändig uppmärksamhet. Sveriges regioner, kommuner och icke-statliga huvudmän och aktörer kan knappast känna ett ökat tryck att ta sitt ansvar och bidra till förbättringar om man ska ytterligare vänta på statens beslut om åtgärder och finansiella prioriteringar. Coronapandemin har visat på behovet av akuta åtgärder. Även om det är viktigt att hälso- och sjukvården behandlas ur ett totalförsvarsperspektiv har coronapandemin visat på behovet av akuta åtgärder inte minst inom försörjningsområdet. Det är också angeläget att Försvarsberedningens förslag inom området genomförs med prioritet.

Kapitelvisa synpunkter

3.1.3 Kontinuitetshantering för planering av samhällsviktig verksamhet

Att upprätthålla vår suveränitet och värna vårt territorium är en av statens kärnuppgifter. Samhällets funktionalitet vilar på en fungerande infrastruktur och att vitala försörjningsflöden kan upprätthållas. Viktiga aktörer härvidlag är statliga, kommunala och privata bolag, vilket innebär att näringslivets viktiga roll för befolkningens överlevnad i krig eller under krigsliknande förhållanden måste beaktas också i hälso- och sjukvårdssammanhanget.

3.1.6 Vissa grunder för kommunernas och regionernas beredskapsplanering, samt

3.2 Ansvar, ledning och samordning på hälso- och sjukvårdens område i kris och krig

Inte alltid är de extraordinära händelser som kommuner och regioner har att beakta i sitt regelbundna arbete med risk- och sårbarhetsanalyser begränsade till det egna geografiska ansvarsområdet. Tvärtom överskrider många händelser förvaltningsgränser, något som ökat till följd av en teknikutveckling med system i system, beroenden av andra samt risken för dominoeffekter när något inträffar. Vad som händer och sker inom nationell myndighetsverksamhet, annan regional och lokal verksamhet kan ha stor betydelse för egen verksamhet. Analysen av risker och sårbarheter måste därför ha ett vidare perspektiv än det egna förvaltningsområdet.



I påfrestande situationer kan dessutom konkurrens om tillgängliga resurser uppstå över förvaltningsgränser. En alltför strikt omhuldad ansvarsprincip förslår inte utan måste därför kompletteras med regelverk och kompetenta strukturer som beaktar ett större perspektiv och nationellt kan samordna verksamheter också på hälso- och sjukvårdsområdet redan vid svåra påfrestningar på samhället i fredstid och fortsatt i än allvarligare situationer och ytterst krig. Ett sådant behov har tydligt visat sig under den rådande viruspandemin och föranlett en rad olika regeringsuppdrag. Uppdrag som ges ad hoc till organ som inte är förberedda och inte har rätt och tillräcklig kompetens på plats riskerar att förlora i verkningsgrad. Nationell nivå är inte strukturerad för att samordna och regional nivå är inte utformad för stora patientvolymmer. Nu pågående pandemi visar på bristande tydlighet i ansvarsfördelning och att en central statlig myndighet måste utses som sektorsansvarig för all hälso- och sjukvård under höjd beredskap och krig samt förberedelseverksamhet för detta.

Forskning, utvecklingsarbete och undervisning måste integreras och samordnas på nationell nivå samt mellan Försvarmakten och regionerna i syfte att förbättra och optimera vården vid kris och krig.

Försvarsmedicincentrum bedriver sedan ett par år ett utvecklingsarbete och övningsverksamhet tillsammans med Sahlgrenska universitetssjukhuset och Västra Götalandsregionen när det gäller masskadesituationer. Det är ett pilotarbete som kan utgöra en lämplig grund för generiskt arbete och nationella riktlinjer. Övriga regioner bör nära följa detta arbete. Detta bör kraftigt underlätta arbetet med utredningens förslag om massskadeplanering (s 87).

4 Mål för hälso- och sjukvården inom totalförsvaret

Försvarsberedningen konstaterar att även under normala förhållanden, utan externa påfrestningar, ligger verksamheten i den civila sjukvården ofta på, eller över, kapacitetstaket (Försvarsberedningen, *Motståndskraft* (Ds 2017:66), s 192 ff). KKrVA delar Försvarsberedningens bedömning att en avsevärd förstärkning måste ske, men det måste tillföras resurser redan i fred och det räcker inte med omställningsplanering.

Som KKrVA redovisat i sina studier har Försvarmaktens förmåga till kvalificerat traumaomhändertagande och kirurgi sjunkit avsevärt. Svensk civil hälso- och sjukvård är dessutom på väg in i en situation med regionalisering, specialisering och rationalisering som riskerar att utarma den kompetens som tidigare var brett tillgänglig också på mindre sjukhus. Det minskar den nationella beredskapen och kapaciteten i hela vårdkedjan vid kris och krig och medför allvarliga undanträngningseffekter.



Traumasisituationer (jfr ”Nationella traumalarmkriterier. Säker Traumasjukvård”, utgivna 2017 av Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag) innebär ett oförutsett akut behov av sjukvård som inte kan anstå och där patienten själv inte har möjlighet att välja vårdgivare, utan måste tillgodoses snabbt och därmed finnas tillgänglig i hela Sverige och inte enbart i storstäder. Detta gör sig än mer gällande när det gäller att skapa en rimlig förmåga för hälso- och sjukvården inom totalförsvaret då en kraftig ökning av traumafall bland både militär personal och civila inträffar på kort tid. Man måste kunna begära mer av ett utgångsmål än ”man tager vad man haver”.

Utredningen diskuterar ingående prioriteringsprinciperna i vården. Innan man kommer dit bör man, enligt KKrVA mening, stanna upp vid det faktum att den katastrofmedicinska beredskapen redan vid fredskriser är otillräcklig. För gråzonslägen och väpnat angrepp saknas resurser och uthållighet. Utredningen konstaterar att det finns ett stort gap mellan förmåga och efterfrågan (s 79). Därför bedömer utredningen att en rimlig ambitionshöjning för höjd beredskap och krig är dubblerat antal fysiska vårdplatser. Det är ett bra och konkret besked, men otillräckligt och behöver specificeras i det fortsatta arbetet. Det gäller bland annat intensivvårdsplatser, platser på vårdavdelningar och för rehabilitering och rutiner för optimerade vårdflöden samt omställningsförmåga.

KKrVA anser dock att detta är en alltför låg ambition samt att det redan för normalläge i fred behöver finnas en bättre basberedskap vad gäller vårdförmåga för masskadeutfall och epidemier. En ökad förmåga behövs också med avseende på en situation som är utsträckt i tiden och som avser hela vårdkedjan och inkluderar rehabilitering efter trauma och annan svår sjukdom. KKrVA anser att rehabilitering, både kompetens och tillgänglighet, efter trauma och annan svår sjukdom redan är eftersatt i Sveriges regioner. Det är viktigt att stafetten i sjukvårdskedjan från akutsjukvård och högspecialiserad vård till andra vårdformer fungerar sömlöst. Det senare innebär också krav på kommunernas vård och omsorg.

Den fredstida sjukvården har i alltför hög grad förlitat sig på möjligheten att få hjälp av andra sjukvårdshuvudmän inom landet och i andra länder när den akuta efterfrågan överstiger egen kapacitet. Coronapandemin torde ha öppnat ögonen på de flesta härvidlag.

5.1.1. Försvarsmaktens sjukvård

Försvarsmaktens sjukvårdsförmåga vid krig bör, som utredningen föreslår, koncentreras till stridszonen och transport ur denna till plats där den civila sjukvården kan ta över. Beroende på var striden förs kan detta innebära korta avstånd, men i delar av landet som Gotland och de



nordligaste regionerna, innebära alltför långa primärtransporter av krigsskadade. Där måste förstärkt förmåga för krigssjukvård förberedas och samarbetet utvecklas mellan Försvarsmakten och regioner.

När Försvarsmakten nu bygger upp förmågan att försvara landet och ökar uttaget av värnpliktiga är det dessutom angeläget att den egen försvarshälsan utökas.

8.6 Ett sammanhållet system för lagerhållning av läkemedel och sjukvårdsmateriel

Pandemin och varuförsörjningskrisen i samverkansregionen 5-klöver hösten 2019 visar dessutom på allvarliga försörjningsproblem inom hälso- och sjukvården och ett omedelbart behov av bättre lagerhållning samt bättre svensk produktionskapacitet. Utredningen beskriver olika nivåer för lagerhållning: bas-lagerhållning för vardagen (nivå 1), omsättningslager (nivå 2), statlig beredskapslagring (nivå 3) samt tillverkningsberedskap (nivå 4).

KKrVA anser att tillverkningsberedskapen måste omfatta inte bara, som utredningen anför (s 156), ett fåtal särskilt viktiga läkemedel utan även enkla sjukvårdsprodukter och medicinteknisk utrustning.

Försörjningen kan inte bygga på att ”Maggan på akuten tar egna initiativ och hamstrar”. Utredningen (avsnitt 8.6.1) har helt riktigt pekat på hur försörjningen i vardagen från ”just-in time” snabbt hamnade i ”not-in time” eller ”not-at-all”.

KKrVA anser att det är en nationell fråga att se till så att detta vardagliga problem löses för hela skalan fred-krig samt för de övriga nivåer. Lagstiftning har uppenbarligen hittills inte varit tillräckligt. Försörjningen måste i viktiga delar struktureras på annat sätt än nuvarande ordning. Detta innebär samtidigt att en nationell syn på läkemedelsanvändningen måste skapas i stället för skörheten i divergerande regionala läkemedelskommittéer.

9.2.5 Katastrofmedicin bör ingå i grundutbildningen för hälso- och sjukvårdspersonal

Utredningen redovisar att Socialstyrelsen redan år 2015 föreslog att katastrofmedicin ska ingå i grundutbildningen för läkare och sjuksköterskor samt att detta förslag inte fått någon effekt på lärosätenas utbildningsplaner. Inte heller i den nya läkarutbildningen som infördes den 1 juli 2020 är detta ett obligatoriskt inslag.



KKrVA anser att detta är synnerligen förvånande och synnerligen allvarligt. Dessutom bör detta ingå i tandläkarutbildningen eftersom skador i ansikte och mun är ofta förekommande hos stridande personal och kräver oralkirurgisk behandling.

Den grundläggande utbildningen måste även kompletteras med en efterutbildning anpassad till specialitet och befattning. Detta kan ske i sjukvårdshuvudmännens regi förutsatt att man utformar klara utbildningsmål och även tillhandahåller eller rekommenderar utbildningsverktyg.

Eftersom all erfarenhet från händelser av detta slag pekar på brister i kommunikation och samordning som orsak till undvikbara förluster av liv och hälsa, bör hela insatskedjan från skadeområde till sjukhus samtränas och enda möjligheten att göra detta är med avancerade simuleringsystem. Detta innebär också möjlighet att träna sjukhusens alla komponenter med minimal störning av ordinarie verksamhet. Här kan också simultant tränas alla nivåer vilket gör träningen kostnadseffektiv. Samma modeller kan också användas för kapacitets- och kvalitetskontroll.

Yttrandet är utarbetat av ledamöterna Lars Nylén, Lovisa Strömmer, Rickard Knutsson, Björn Körlof, Peter Lagerblad och Bo Richard Lundgren samt av överstelöjtnant, kirurg och stabsläkare Magnus Blimark och sjukhusdirektör och narkosöverläkare Per Elowsson.

Sverker Göranson
Styresman

Björn Anderson
Ständig sekreterare

Kopia
In- och utpärmen