

Offentligt sammanträde om civilt försvar och krisberedskap inom hälso- och sjukvården



Offentligt sammanträde om civilt försvar och krisberedskap inom hälso- och sjukvården

ISSN 1653-0942
ISBN 978-91-7915-095-2 (tryck)
ISBN 978-91-7915-096-9 (pdf)
Riksdagstryckeriet, Stockholm 2024

Förord

Socialutskottet anordnade den 21 mars 2024 ett offentligt sammanträde i riksdagen om civilt försvar och krisberedskap inom hälso- och sjukvården. I det följande redovisas program, deltagare och uppteckningar från sammanträdet. De bilder som visades av föredragshållarna under deras presentationer redovisas i en bilaga.

Innehållsförteckning

Förord	3
Program	5
Deltagare.....	6
Uppteckningar från det offentliga sammanträdet.....	8
<i>Bilaga</i>	
Presentationer	52

Program

Offentligt sammanträde i socialutskottet om civilt försvar och krisberedskap inom hälso- och sjukvården

Torsdagen den 21 mars 2024 kl. 9.00–12.00

Riksdagens förstakammarsal

9.00–9.05	Inledning Christian Carlsson, ordförande i socialutskottet
9.05–9.15	Statssekreterare hos ministern för civilt försvar, Johan Berggren
9.15–9.25	Sjukvårdsminister Acko Ankarberg Johansson
9.25–9.35	Försvarsberedningen Pär Eriksson, sekreterare
9.35–9.45	Myndigheten för samhällsskydd och beredskap Annika Elmgart, chef för avdelningen för krisberedskap och civilt försvar
9.45–9.55	Försvarsmakten Claes Ivgren, generalläkare, chef försvarsmedicin
9.55–10.05	Östra civilområdet Ethel Limén, bitr. kanslichef Östra civilområdet, Länsstyrelsen i Stockholms län
10.05–10.15	Socialstyrelsen – Erfarenheter från arbetet i Ukraina Taha Alexandersson, krisberedskapschef
10.15–10.35	Paus
10.35–10.45	Socialstyrelsen Olivia Wigzell, generaldirektör
10.45–10.55	Sveriges Kommuner och Regioner Rachel De Basso (S), ordförande sjukvårdsdelegationen
10.55–11.05	Regiondirektörernas arbetsgrupp för civilt försvar Emma Lennartsson, regiondirektör i Region Stockholm Johan von Knorring, regiondirektör i Region Uppsala
11.05–11.15	Läkemedelsverket Björn Eriksson, generaldirektör
11.15–11.55	Frågor från ledamöterna
11.55–12.00	Avslutning Fredrik Lundh Sammeli, vice ordförande i socialutskottet

Deltagare

Inbjudna talare

Försvarsdepartementet

Johan Berggren, statssekreterare hos ministern för civilt försvar
Cornelia Norman, politiskt sakkunnig
Charlotte Koutras, kansliråd
Anders Klahr, kansliråd

Socialdepartementet

Sjukvårdsminister Acko Ankarberg Johansson
Erika K Nilsson, ämnesråd

Försvarsberedningen

Pär Eriksson, sekreterare

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap

Annika Elmgart, chef för avdelningen för krisberedskap och civilt försvar
Magnus Dyberg-Ek, strateg

Försvarsmakten

Claes Ivgren, generalläkare, chef försvarsmedicin

Östra civilområdet

Ethel Limén, bitr. kanslichef Östra civilområdet, Länsstyrelsen i Stockholms län

Socialstyrelsen

Olivia Wigzell, generaldirektör
Taha Alexandersson, krisberedskapschef

Sveriges Kommuner och Regioner

Rachel De Basso (S), ordförande sjukvårdsdelegationen
Marie Morell (M), vice ordförande sjukvårdsdelegationen
Ameli Norling, sektionschef hälso- och sjukvårdssektionen

Regiondirektörernas arbetsgrupp för civilt försvar

Emma Lennartsson, regiondirektör i Region Stockholm
Johan von Knorring, regiondirektör i Region Uppsala

Läkemedelsverket

Björn Eriksson, generaldirektör
Kristina Malmström, direktör säkerhets- och beredskapsfunktionen
Veronica Arthurson, direktör verksamhetsområde användning

Inbjudna deltagare – beredda att svara på frågor

Myndigheten för totalförvarsanalys

Joakim Sonnegård, avdelningschef

Sveriges Apoteksförening

Johan Waller, verkställande direktör

Lisa Stern Ödmark, chefsstrateg och kommunikation

Fredrik Boström, chefsfarmaceut

Björn Falkenhall, chefsekonom

Sveriges Kommuner och Regioners programberedning för civil beredskap och totalförvar

Michaela Stenman, beredningschef

Ulrika Vestin, teamledare civil beredskap

Deltagare från försvarsutskottet

Johan Andersson (S)

Hanna Gunnarsson (V)

Deltagare från socialutskottet

Christian Carlsson (KD) – ordförande

Fredrik Lundh Sammeli (S) – vice ordförande

Johan Hultberg (M)

Carita Boulwén (SD)

Mikael Dahlqvist (S)

Jesper Skalberg Karlsson (M)

Anna Vikström (S)

Malin Höglund (M)

Christofer Bergenblock (C)

Mona Olin (SD)

Leonid Yurkovskiy (SD)

Karin Sundin (S)

Thomas Ragnarsson (M)

Dzenan Cisija (S)

Dan Hovskär (KD)

Jakob Olofsgård (L)

Nadja Awad (V)

Unni Björnerfors (SD)

Marcus Wennerström (S)

Uppteckningar från det offentliga sammanträdet

Ordföranden: Klockan är 9, och jag förklarar socialutskottets sammanträde för öppnat. Första punkten på dagordningen är offentlig utfrågning.

Varmt välkomna till riksdagens förstakammarsal och socialutskottets offentliga utfrågning om civilt försvar och krisberedskap inom hälso- och sjukvården. Ett starkt försvar av Sverige och människorna som bor här innebär också ett starkt försvar av vår frihet, demokrati och respekt för människovärdet. Sverige och vår del av världen är värd att försvara. Sverige ska därför alltid ha ett starkt försvar.

Det svenska medlemskapet i Nato är nu en viktig del av detta försvar. Vårt medlemskap i Nato gör Nato starkare och Sverige säkrare. Men mot bakgrund av det säkerhetspolitiska läget i omvärlden och Rysslands orättfärdiga och brutala anfällskrig mot våra vänner i Ukraina brådskar också upprustningen av såväl det militära som det civila försvaret.

Vi har påmint om att det kan bli krig i Sverige och att det krävs av oss alla, oavsett vilken roll i samhället vi har, att vi förstår läget och vidtar åtgärder för att stärka vår beredskap. Hälso- och sjukvårdens beredskap är en vital del av försvaret av Sverige, och därför har socialutskottet bjudit in till dagens offentliga sammanträde för att lyssna till vad som sker och vad mer som kan göras för att stärka kris- och krigsberedskapen inom hälso- och sjukvården.

Det gläder mig att vi i dag har kunnat samla statsråd, statssekreterare, representanter från Försvarsberedningen, en lång rad myndigheter och regionala företrädare. Efter att vi har fått lyssna på våra föredragande och efter en paus kommer socialutskottets och försvarsutskottets ledamöter att få möjlighet att ställa frågor till de föredragande och till övriga som finns här och är redo att svara på frågor.

Avslutningsvis ska jag passa på att informera om att kammarsalen har fyra nödutgångar, en i vardera riktningen. Skulle det gå ett larm eller inträffa någon incident kommer vår kanslipersonal att vidta lämpliga åtgärder och visa vägen ut, om en utrymning skulle bli nödvändig.

Vi i socialutskottet ser mycket fram emot dagen tillsammans med er. Det ska bli intressant. Med detta har det blivit dags för oss att börja, och vi ska inledningsvis lyssna på Johan Berggren, statssekreterare hos ministern för civilt försvar Carl-Oskar Bohlin. Varmt välkommen till socialutskottet.

Statssekreterare Johan Berggren: Stort tack för inbjudan! Det är fint att få vara här. Det är ett utmärkt initiativ som verkligen understryker allvaret i situationen. Jag tänkte försöka teckna en övergripande bild av vad som sker inom civilt försvar och totalförsvaret. Framför allt börjar jag i omvärldsläget. Det är

det som gör att vi tvingas göra allt det vi gör på olika områden och bygga de nya förmågorna.

Vi befinner oss i det allvarligaste säkerhetspolitiska läget sedan andra världskrigets slut. Det är inte bara en kris, det är inte bara kriget i Ukraina som vi ser och följer varje dag i medierna, utan det är ett antal oroshärdar samtidigt, som innebär att de multipla kriserna gör att det blir ett så allvarligt läge. Vi har läget i Mellanöstern, Ukrainakriget, ett mer expansionistiskt aggressivt Kina österut, ökade CBRN-hot och en mer polariserad situation i Västeuropa, västvärlden, än tidigare. Den konsensus som fanns under kalla kriget i varifrån hotet kom är inte lika tydlig i dag, och det försvårar ibland vår förmåga att samlas. Men det finns ett stort engagemang för frågorna, och jag kommer att komma in lite på det.

Låt mig göra en jämförelse, för att understryka behovet av inte minst sjukvården och stödet till det militära försvaret. Låt oss titta på hur det såg ut mot slutet av det kalla kriget, hur Försvarsmakten var dimensionerad i sitt arbete med just sjukvårdsförmåga.

År 1990 hade Försvarsmakten i Sverige 50 mobila fältsjukhus. De kunde genomföra 1 000 operationer per dygn, och de hade 10 000 vårdplatser. Det här var bara inom Försvarsmakten. Det var en rätt rejäl förmåga.

För ett par år sedan, 2020, hade Försvarsmakten två sjukvårdskompanier. Vi har bevittnat dem, och de är imponerande, effektiva och dugliga. Men de är två. De har totalt 16 intensivvårdsplatser och 96 vårdplatser. 10 000 vårdplatser 1996! Det är en rätt dramatisk förändring. Och det ställer mycket höga krav på sjukvården och det civila samhällets stöd till det militära. Det är en viktig del av det civila försvaret att säkerställa att vår demokrati kan fortsätta att fungera, att samhällsfunktionerna kan fortsätta och att Försvarsmakten, delmål 4 i det civila försvaret, kan göra det som de är de enda som kan, nämligen att försvara Sverige med vapen i hand mot en eventuell antagonist.

Det pågår mycket inom det civila försvaret och totalförsvaret. Jag vill understryka att uppbyggnaden påbörjades under den förra regeringen och fortsätter under den här regeringen. Inom ramen för kommunernas och regionernas arbete med krisberedskap och civilt försvar har vi ökat den senaste budgeten med 100 miljoner i bidrag till kommunernas förmåga att jobba med dessa frågor. Vi har satsat på räddningstjänsten, och vi vet från Ukraina att räddningstjänsten spelar en helt central roll i att skydda civilbefolkningen. Vi ser hur ryssarna i kriget i Ukraina slår mot civila mål. Det är sjukhus, skolor, bibliotek och teatrar. Man slår en gång, räddningstjänsten kommer dit, och sedan angriper man en gång till så att räddningstjänsten angrips. Det är folkrättsvidrigt och fruktansvärt på alla sätt, men det är en lärdom från Ukraina som vi måste ta med oss. Vi måste alltså dimensionera räddningstjänsten för att hantera kvantitativt och kvalitativt många fler hot och högre upp i hotskalan. Vi måste alltså bygga upp räddningstjänsten, vilket vi gör.

Det handlar också om skyddsrum. Det finns många skyddsrum i Sverige relativt sett. Det finns ungefär 65 000. I många länder i Västeuropa och i västvärlden finns inte alls den typen av skyddsrumbestånd. De har valt en annan

strategi. Men vi har våra skyddsrum från kalla kriget, vilket är en god bas att stå på. De ger oss ett gott fortifikatoriskt skydd mot konventionella hot och bomber, men många av dem behöver rustas upp. Det kan gälla till exempel de filter som utgör stöd mot kemiska, biologiska och nukleära attacker. Där pågår en upprustning.

Vi har också satsat pengar på vår cyberförmåga och vårt psykologiska försvar.

Det civila försvaret är en komplex organisation. Det är inte en organisation, utan det är i princip hela samhället förutom det militära. Det är de 98 procent av vår bnp som inte går till det militära försvaret, det vill säga regioner, kommuner, näringsliv, akademi, civilsamhälle – i princip hela samhället. Det är både styrkan och utmaningen eftersom det är svårt att samordna hela den delen. Och det är vad vi jobbar med.

Sedan den 1 oktober 2022 finns en ny struktur på plats för att på ett bättre sätt jobba med det civila försvaret och krisberedskapen. I och med den reformen skapades det 60 beredskapsmyndigheter som har ett särskilt ansvar. Det skapades tio sektorsansvariga myndigheter. Några företrädare för dem finns här i dag. De har ett särskilt ansvar för de tio sektorer som har skapats. Jag kommer in på det alldeles strax.

Det skapades också sex civilområden, då Sverige delades in i sex olika geografiska områden. Hela poängen med reformen var att öka tydligheten med roller och ansvarsfördelning samt stärka vår gemensamma motståndskraft, hitta bättre förutsättningar att samarbeta med näringslivet och att förbättra möjligheten till riktade geografiska insatser.

Nu hade det varit jättebra att visa en bild på de tio sektorerna, men jag får dra dem muntligt. Jag hoppas att många av er har sett sektorerna. Jag vet att många av er känner till dem väl, andra kanske inte är riktigt lika insjunga. Men det handlar om tio sektorer. Jag kommer inte att gå igenom dem alla, men vi kommer säkert att kunna skicka ut bilderna senare, och då får ni se exakt vilka de är. Det är alltifrån finansiella tjänster till transport. Men i dag ligger störst fokus på sjukvården. I sjukvårdssektorn är Socialstyrelsen sektorsansvarig myndighet, men i sektorn ingår också E-hälsomyndigheten, Läkemedelsverket och Folkhälsomyndigheten. De är särskilt viktiga myndigheter i det här arbetet.

Låt oss prata lite mer om de olika beståndsdelarna i det civila försvaret. Jag har varit inne på skydd av civilbefolkningen. Där är en viktig del att vi har aktiverat civilplikten, som har varit vilande sedan kalla krigets slut. Precis som ungdomar gör värnplikt, vill vi få in fler personer i det civila försvaret. Vi hoppas på sikt, med hjälp av en utredning som tittar på den långsiktiga personalförsörjningen, att kunna återinföra en bred civilplikt där man genomgår en utbildning som ung för att bli brandman eller sjukvårdsbiträde eller jobba med skyddsrum. Vi har redan nu partiellt återaktiverat civilplikten genom att återaktivera dem som har gjort utbildningar inom räddningstjänst. MSB kallar till de första repetitionsövningarna, och de påbörjas i höst. Tanken är att vi

inom ett par år kommer att ha ungefär 3 000 personer som har genomgått de utbildningarna. På sikt hoppas vi få in många fler genom civilplikten.

En annan viktig del i skapandet av ett robust civilt försvar är det som brukar kallas försörjningsberedskap. Det påverkar särskilt sjukvården och i princip hela vårt samhälle. Hur säkerställer vi att vi har varor och tjänster vid höjd beredskap och krig så att vi kan fungera även vid ett mycket mer ansträngt omvärldsläge?

Försvarsberedningen skriver att vi under kalla kriget gjorde ett antagande om att vi skulle bli helt avskilda från väst och våra försörjningskedjor, att vi skulle behöva klara oss helt själva eftersom vi var neutrala. Vi byggde stora beredskapslager, K-företag, det vill säga krigspliktiga företag som skulle ställa om sin produktion. Nu lever vi i 2024, och Sverige är medlem i Nato. Vi hoppas och tror att försörjningskedjorna västerut kommer att fungera, men vi måste ändå planera för svårare scenarier. Då finns det tre saker vi kan göra på försörjningsberedskapsområdet. En är att bygga lager, men det är dyrt och tar tid. Det finns ett antal utredningar som har tittat på detta, och jag kan gå in på dem senare om ni är intresserade. Det andra handlar också om produktionsomställningsavtalen, att vi hittar sätt att skapa incitament och strukturer för företag att ställa om från en mer civil produktion till varor och tjänster som är mer relevanta för krigstid, till exempel att en bilfabrik bygger krigsfordon i stället för personbilar. Det tredje sättet, som är en mer övergripande process som sker i hela västvärlden, handlar om decoupling och de-risking, att man tittar på försörjningskedjor i hela världen globalt och tittar på var utmaningar finns, om det är Kina eller andra länder som vi inte känner oss helt trygga med. Hur ska vi lägga om de kedjorna? Men det är näringslivet som gör detta. Det är inte staten som äger de flesta produktionsmedlen, utan det är företagen. Det här gör vi tillsammans med näringslivet, och regeringen har tillsatt Näringslivsrådet, som samlar branschorganisationer för alla sektorer. Ett antal ministrar, ÖB och gd för MSB ingår. Det är ett strategiskt forum för att prata om försörjningsberedskap och andra viktiga frågor kopplat till civilt försvar.

En sådan fråga är cybersäkerhet. Det var temat för förra mötet i Näringslivsrådet. Ingen i det här rummet har undgått att notera att intensiteten och allvaret i cyberattacker har ökat de senaste åren. Det gör att alla inom ramen för fredstid och höjd beredskap måste stärka vår cyberförmåga. Detta är verkligen en kollektiv ansats. Vi vet att det inom det offentliga finns stora brister. Enligt de enkäter som görs når inte ens sju av tio organisationer upp till de grundläggande kraven. Det finns mycket att göra. En viktig sak är att företagsledning och myndighetsledningar lägger större kraft och vikt vid frågorna. Vi ser att brist på management attention kanske är det största problemet, förutom såklart resurserna.

Vad gör vi då på cyberdomänen? Där pågår mycket. Vi tittar på hur vi skapar ett bättre nationellt cybersäkerhetscenter. I Sverige införs nu den lagstiftning som EU har tagit fram för cybersäkerhet. Det kallas NIS 2. Det är mycket viktig lagstiftning som höjer kraven på alla som jobbar med cybersäkerhet.

Vi tar också fram en ny cybersäkerhetsstrategi för Sverige, som vi hoppas kommer att bli resurssatt på det sätt som krävs. Det är mycket som pågår även på det här området.

Sist ska jag säga något om det som underbygger allt vad vi gör, inte minst i den här sektorn, nämligen försvarsviljan. Utan försvarsvilja funkar ingenting. Man kan ha de bästa systemen och den bästa infrastrukturen i världen, men om det inte finns en vilja att försvara vårt land spelar inte det någon roll. Det är vad vi har sett i Ukraina. Landet var inte 100 procent förberett, men de hade viljan att försvara sitt land. Hur står Sverige där? Jo, men vår försvarsvilja är god. Enligt de flesta mätningarna vill 80–90 procent försvara Sverige antingen med vapen i hand eller inom det civila försvaret. Det är höga siffror, och det är något vi måste jobba hårt med för att vidmakthålla.

Jag tackar för att jag har fått möjligheten att prata med er i dag, och jag hoppas att vi får en bra förmiddag.

Ordföranden: Tack så mycket!

Då välkomnar vi Sveriges sjukvårdsminister Acko Ankarberg Johansson!

Sjukvårdsminister Acko Ankarberg Johansson (KD): Efter statssekreterarens gedigna genomgång av läget går vi nu in specifikt på hälso- och sjukvården.

Jag ska försöka ge er en lägesbild över hälso- och sjukvårdens beredskap. Allt bygger förstås på det totalförsvarsbeslut som riksdagen har fattat för ganska länge sedan. Det finns en plan för 2021–2025. Planeringen har börjat, men det är precis som statssekreteraren sa att vid Rysslands fullskaliga invasion av Ukraina ökade tempot i allt det vi gör. Medlemskapet i Nato gör också att vi har större möjligheter till både samverkan och lärande samt högre krav på det vi gör gemensamt.

En av de viktiga delarna där vi behöver arbeta är att kunna hantera ett masskadeutfall. Regionerna arbetar på många sätt i dag med att hantera kriser, och man har visat att man klarar av det. Men det här är en större kris vid ett masskadeutfall. Det kan vara många skadade, kanske på många ställen eller på ett koncentrerat ställe. Det kan också vara så att man passerar landet eller att vi får evakuera från ett annat land. Det här ställer helt andra krav, och därför har vi vidtagit många åtgärder för att öka vår förmåga vid en masskadesituation. Det handlar bland annat om nationella och regionala masskadeplaner, enhetliga system för triage, det vill säga bedömning av patientens situation, och en ökad försörjningsberedskap på nationell och regional nivå.

Det är värt att påminna om att om vi inte har en fungerande sjukvårdsorganisation i fredstid blir det svårt att hantera den vid ett väpnat angrepp. I dag råder det för låg vårdkapacitet. Det är en fråga som regionerna har kämpat med under lång tid, men den aktuella situationen med inflationen som påverkar regionerna under både 2023 och 2024 gör det oerhört skört just nu.

Jag vill ändå backa tiden. Även om det är en tillfällig situation har vi under lång tid haft svårt att klara en julhelg med tre virus samtidigt. Det är något som

händer ganska ofta. Covid har kommit till, och även RS och den vanliga säsongsinfluan. Det är lite för mycket för att vi ska klara av det med vår vanliga kapacitet. Det visar också, vilket även Ivos inspektion har visat, att vi behöver öka vårdkapaciteten. Då är det inte sängarna i sig utan medarbetarnas kompetens det handlar om. Det är gott att se i dag att det arbete som pågår inom regionerna leder åt rätt håll. Nu arbetar man gemensamt med att öka kompetensförsörjningen genom att det som har varit tillfällig personalbemannning nu blir fast anställda i stället. Om man i dag går in på Platsbanken finns 9 000 lediga tjänster för sjuksköterskor. Det är ett tecken på att regionerna arbetar med att få fast anställd personal så att man kan öka sin vårdkapacitet. Nu ska sägas att Platsbanken inte är ett mått som kan följas helt och hållet eftersom en hel del överlappar, men det är ett mått på att man arbetar med att få fast anställd personal i stället för att ha tillfällig personal. Det här kommer att förstärka vår vårdkapacitet framöver. Det är ett komplext utgångsläge vi har för hälso- och sjukvården, men mycket arbetas med på alla håll för att lösa situationen mer långsiktigt.

Det som regeringen har gjort är många uppdrag som har givits till de myndigheter som finns under regeringen. Jag ska berätta om några som finns för 2024, men jag vill säga att de påbörjades redan 2021. Vi är uppe i 48 uppdrag till myndigheter. En del är avslutade, och nya har tillkommit. Men det pågår ett intensivt arbete från tidigare regering och nuvarande för att vi ska klara av detta.

En sak som jag vill nämna är en aktörsgemensam övningsverksamhet för att stärka öppenvårdsapotekens beredskap. Ett exempel är att ju mer man övar tillsammans, desto mer upptäcker man vilka bristerna är vid en krissituation. Och vi kan fråga oss hur vi ska lösa dem. Här har vi bett Läkemedelsverket att arbeta mer med att få till en aktörsgemensam övningsverksamhet.

Vidare handlar det om bidrag och stöd till regionerna för att få fler skyddade utrymmen, samordning av utbildningar, se till att det finns bättre kunskapsunderlag för situationerna så att sjukvårdsansvariga kan arbeta på ett bättre sätt. Vi tittar också på frågan om blod. Det handlar om att tillgången till blodplasma och blod i allmänhet är viktig i alla situationer. Blod är viktigt i vardagen för att klara alla som behöver tillgång till blod vid operationer, cancervård och mycket mer. Vid ett väpnat angrepp, vid en större kris, ställs ännu högre krav. Där pågår också ett gemensamt arbete för att vi ska få det ännu bättre.

En annan viktig del är att få den nationella lägesbilden över tillgången till läkemedel. På flera områden arbetar vi nu med att få fram nationella lägesbilder. Det är nödvändigt både för vardagen, för att ge patienter den vård eller de läkemedel de behöver och för att klara en beredskapssituation. Det är ett återkommande tema i olika områden att ta fram nationella lägesbilder.

Jag vill också nämna att det strax före jul gavs ett uppdrag för att titta över alla sjuktransporter. Hur kan vi samordna dem vid en större masskadehändelse till dess att vi klarar det ännu bättre?

Det ges förstås vissa stöd från staten också till regioner och kommuner för att klara beredskapen. I år är det till regionerna drygt 700 miljoner och till kommunerna 300 miljoner.

Låt mig visa en annan bild så kan vi se hur det har fördelat sig i de olika delarna. De mörkaste delarna av staplarna visar 2021. De ljusare är för 2022. Lite mellanblå för 2023. Det senaste är överst och ljusare blå. Pengarna till regionernas arbete med beredskap har funnits varje år, och de har ökat. Pengar till försörjningsberedskap för läkemedel finns fortfarande, men pengarna kan användas även åren därefter. Om man inte har hunnit med under det riktade året finns möjlighet att använda dem därefter.

Vi har lagt till pengar för att driftssäkra sjukhusfastigheter. Det senaste är för att ge skyddade utrymmen för hälso- och sjukvård lite större resurser.

Försvarsberedningens promemoria *Kraftsamling* är en väsentlig del i arbetet i hälso- och sjukvården. Man konstaterar att vi behöver ta med oss erfarenheterna från Ukraina. Man noterar att det, precis som statssekreteraren nämnde, är just sjukvårdsinrättningar som angrips i Ukraina i dag. Det ställer helt andra krav på vårt arbete med en sådan situation framför oss. Just när det gäller hälso- och sjukvården lyfter Försvarsberedningen fram att behovet av vårdkapacitet behöver öka väsentligt. Vi behöver förstås gemensamt diskutera hur vi menar, i vilken situation och hur detta ska tolkas. Men vi behöver en större vårdkapacitet, som kan eskalera vid en krissituation. Vi behöver också öva och förbereda oss.

Försvarsberedningen lyfter också, vilket är oerhört angeläget, fram att det sker en nära samverkan. Inte minst regionernas och kommunernas arbete med hälso- och sjukvård hänger ihop, också vid en större krigssituation eller kris-situation. Vi lärde oss mycket under pandemin. Den samverkan som utvecklades då behåller vi till stor del. Nu behöver vi hålla fast vid den och utöka den ännu mer, inte minst därför att kommunerna bedriver en stor del av hälso- och sjukvården. Någonstans runt 30 procent är deras ansvar. Därför behöver samverkan mellan kommuner och regioner öka samt mellan regioner, kommuner och myndigheter på olika sätt. Förstås även mellan den militära verksamheten och den civila sjukvården behöver vi samverka. Försvarsmakten har ingen egen sjukvård med personal som rullar på jämt, utan det är medarbetarna i svensk hälso- och sjukvård som utgör de resurser vi behöver.

Därför är arbetet som görs på bred front viktigt. Försvarsberedningen lyfter upp behovet av särskilda beredskapssjukhus och försörjningsberedskapen, som jag hoppas att vi kan återkomma till. Delarna från Försvarsberedningen är sådant som regeringen tittar på på bred front och kommer att återkomma till så att vi framåt hösten har en proposition med väl avvägda förslag som stämmer väl med de behov som finns.

Ordföranden: Tack så mycket!

Då ska vi få lyssna till Försvarsberedningen, det är sekreterare Pär Eriksson som är på plats. Varmt välkommen till socialutskottet!

Pär Eriksson, Försvarsberedningen: Stort tack för möjligheten att få prata lite om några av de slutsatser som Försvarsberedningen nådde i sin senaste rapport *Kraftsamling*. Ministern har redan nämnt rapporten.

Rapporten handlade om det civila försvaret. Just nu jobbar Försvarsberedningen med en rapport om det militära försvaret som kommer att komma den 26 april i år.

Försvarsberedningen utgör ett forum för konsultation mellan regeringen och riksdagens partier. Det sitter representanter för samtliga åtta riksdagspartier i beredningen, och sedan sitter sakkunniga från departement och experter från myndigheter, och det finns ett sekretariat där jag ingår.

Precis som ministern nämnde blir underlagen material för regeringens fortsatta arbete för det militära och det civila försvaret.

Jag ska presentera några slutsatser om sjukvården. Jag tror att det ändå kan finnas skäl att säga några ord om de mer generella slutsatserna som har dragits i rapporten, även om de i någon mening är väl kända.

Den första slutsatsen är naturligtvis att det är bråttom. Som statssekreteraren nämnde innan råder nu det värsta och allvarligaste säkerhetspolitiska läget sedan andra världskriget.

Ett väpnat angrepp mot Sverige eller någon av våra allierade kan inte uteslutas. Det var en mening som väckte stor uppmärksamhet 2019 när den fanns med i Försvarsberedningens dåvarande rapport. Det kan inte heller uteslutas att man använder maktmedel eller andra typer av hot mot Sverige eller allierade.

Beredningen konstaterar att förberedelser, beredskapsnivåer och förmåga inom hela totalförsvaret, det militära och det civila, måste öka skyndsamt. Totalförsvaret ska över tid dimensioneras för att försvara Sverige och allierade mot ett väpnat angrepp. Det är målbilden.

Beredningen konstaterar vidare att totalförsvarets aktörer måste integrera totalförsvarsplaneringen i sin dagliga verksamhet som en naturlig del. Vi kommer att från flera olika håll få höra att det arbetet pågår. Arbetet med förberedelser, inklusive planering, utbildning och övning, som nämndes innan, måste intensifieras. Det gäller naturligtvis även den civila sjukvården.

En viktig del av rapporten är att det civila och det militära försvaret ska förbereda och planera för att under minst tre månader kunna möta och hantera ett krig i Europa som leder till allvarliga konsekvenser för samhällets funktionalitet. Inom ramen för de tre månaderna ska det planeras för att riket kan vara i krig och att det kan pågå krigshandlingar på svenskt territorium eller på ett allierat territorium.

Det här sa Försvarsberedningen redan 2017, men i den senaste rapporten utvecklas detta något. Det konstateras att planeringsförutsättningen ska resultera i förberedelser och planer som gör att de totalförsvarsviktiga verksamheterna kan verka under tre månader trots påfrestningar. De tre månaderna ska inte tolkas som den tid som den svåra situationen pågår, utan det är den tiden vi har att ställa om för att långsiktigt hantera en väpnad konflikt.

När det gäller sjukvården kan beredningen konstatera – och det har redan nämnts – att det har hänt mycket. Jag jobbar normalt sett på FOI, och vi brukade ha bingo efter regeringsmötena om det hade kommit ett nytt uppdrag från Socialdepartementet ut till myndigheterna. Det var naturligtvis oerhört positivt. Arbetet fortgår på den centrala nivån, myndigheter etcetera, och på lokal och regional nivå. Jag hörde en militär befattningshavare uttrycka att de håller på att bli omsprungna. Nu börjar det civila försvaret att få upp hastigheten.

Jag ska inte nämna de uppdrag som har givits, för dem har det redan berättats om. Men beredningen noterar naturligtvis det självklara i att hälso- och sjukvården har en central roll i totalförsvaret – något annat vore ju konstigt. En fungerande sjukvård i fred är förutsättningen, precis som ministern sa, för en fungerande sjukvård i krig.

Det är svårt att förutse hur ett väpnat angrepp skulle kunna komma att se ut, men det antagande som beredningen gör är att man inte kan utesluta att det kommer att kunna handla om tiotusentals döda och skadade, både soldater och civila. Det är naturligtvis inte svårt att lista ut att det innebär en enorm påverkan på sjukvården.

En utgångspunkt för beredningen är att man även vid höjd beredskap måste ha förmåga att lösa den typ av vård som inte kan anstå. Detta är ett begrepp från Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap. Man menar att detta är en vård av skador och sjukdomar som om den inte utförs kan leda till mycket allvarliga följder för patienterna även vid en måttlig fördröjning. Det här måste man klara av även vid höjd beredskap.

Beredningen drar också några andra slutsatser som jag ska nämna. Hela vårdstrukturen måste beaktas när man totalförvarsplanerar. Det är en fragmenterad vård, vi har många olika huvudmän, vården bedrivs på olika platser och alla dessa är beroende av varandra. Men vården innehåller resurser som måste kunna planeras in i totalförsvaret.

Förmågan att uthålligt utöka antalet vårdplatser nämndes tidigare, särskilt för akut kirurgi och intensivvård. Det är den enskilt viktigaste uppgiften för hälso- och sjukvården vid höjd beredskap och krig. Det är detta som kommer att vara det viktigaste uppdraget.

Som nämndes här tidigare var Försvarsberedningens slutsats att man åtminstone behöver ha en förmåga att dubblera antalet fysiska vårdplatser jämfört med i fredstid med den bemanning, den materiel och de läkemedel som är möjliga i situationen. Allt det här kräver att man gör en planering och att man förbereder sig på olika sätt. Det kräver också att man planerar för en omdisponering av vårdplatser. Det kan vara inom den vanliga sjukvården, där man får ställa om från att göra mindre akuta ingrepp till att fokusera på den här typen av ingrepp eller vårdgivning, men det kan också handla om att ställa om andra typer av vårdinrättningar, vårdcentraler och liknande. Det gäller naturligtvis även de privata.

Beredningen drar också slutsatsen att om en region hamnar i vad Kullberg kallade för ett katastroftillstånd måste lagstiftningen se ut på ett sådant sätt att man faktiskt kan ge den vård som är möjlig att ge, oavsett om det uppfyller

alla delar av hälso- och sjukvårdslagen. Det kräver också att de författningar som styr vad de inspekterande myndigheterna ska titta på vid höjd beredskap och krig kan behöva ses över.

Sjukvårdens planering ska utgå från Försvarsmaktens operationsplanering och krigsplanläggning. Förberedelserna inom sjukvården måste samordnas med hela totalförsvaret. Det är viktigt att arbetet präglas av realism – att man faktiskt utgår både från det man realistiskt tror kan inträffa och från det vi vet om vår förmåga på den civila och militära sidan.

Avslutningsvis vill jag upprepa beredningens syn att sjukvården är central för totalförsvaret. Den är viktig för att värna civilbefolkningen och rädda liv, men den har också betydelse för allmänhetens förtroende för statsledning och samhälle och för försvarsviljan. Den är också avgörande för att upprätthålla stridsviljan hos soldaterna. Försvarsberedningen har ansett att kapaciteten inom den svenska sjukvården för att kunna ställa om i syfte att ta hand om ett stort antal skadade måste fortsätta att utvecklas.

Ordföranden: Då ska vi få lyssna till Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, och vi har chefen för avdelningen för krisberedskap och civilt försvar på plats – Annika Elmgart. Varmt välkommen till oss!

Annika Elmgart, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap: Tack för möjligheten att vara här och prata lite kort om krisberedskap, civilt försvar och hälso- och sjukvårdens roll i detta! Innan jag kommer närmare in på arbetet inom hälso- och sjukvården tänkte jag nämna lite grann om MSB:s roll och uppgifter och hur hälso- och sjukvården är en viktig del i den samlade beredskapen.

Från MSB:s sida driver och stöder vi arbetet med att utveckla Sveriges civila försvar och krisberedskap. I detta arbete är det väpnade angreppet dimensionerande. Men samtidigt är det tydligt att civilt försvar och krisberedskap är ömsesidigt förstärkande.

I vår roll att utveckla beredskapssystemet ingår bland annat att ta fram gemensamma utgångspunkter och inriktningar för planering och förberedelser och att ta fram gemensamma grunder för hur vi samverkar och leder. Men det handlar också om hur vi övar för att öka vår förmåga, både enskilt och tillsammans. MSB har en ständig beredskap att agera vid allvarliga händelser som inträffar.

Den bild jag visar nu tror jag är den bild som statssekreteraren letade efter tidigare. Den visar myndighetsstrukturen för civilt försvar och krisberedskap som infördes hösten 2022. Den fortsätter att utvecklas, bland annat genom ett civilt beredskapsråd där myndighetscheferna ingår. Som statssekreteraren nämnde ger den nya strukturen en tydlighet i arbetet genom att de 21 länsstyrelserna är indelade i sex civilområden. Det har bildats tio sektorer med en myndighet med utpekad sektorsansvar. På bilden ser ni sektorn Hälsa, vård och

omsorg, där Socialstyrelsen är sektorsansvarig myndighet. Där ingår också E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten och Läkemedelverket.

Från MSB:s sida driver vi också arbetet i rollen som sektorsansvarig för beredskapssektorn Räddningstjänst och skydd av civilbefolkningen. Det är naturligtvis en sektor som har en väldigt nära och direkt relation till beredskapssektorn Hälsa, vård och omsorg.

Innan jag kommer in på civilförsvaret och krisberedskap inom hälso- och sjukvården vill jag bara kort nämna något om vårt stöd till Ukraina. MSB har en koordinerande roll i detta. Närmare 180 insatser har pågått eller genomförts kopplat till Ukraina under förra året. Totalt har 4 400 ton donerad materiel kunnat förmedlas till Ukraina. De sektorer som fortsatt är mest prioriterade för stöd är minhantering, räddningstjänst, energiförsörjning och hälso- och sjukvård.

Exempelvis har rescEU sjukvårdslager som MSB upprätthåller åt EU. De har aktiverats två gånger under 2023 för Ukrainas räkning då landet efterfrågat stöd med sjukvårdsutrustning via EU:s civilskyddsmekanism. MSB har också fortsatt att genomföra instruktörsutbildning inom akutsjukvård på plats i Ukraina. Sedan de inledande utbildningarna påbörjades har instruktörerna i sin tur lärt upp och utbildat mer än 16 000 personer i landet.

Hälso- och sjukvården är, som vi har hört i tidigare anföranden, en central del inom vårt totalförsvaret. Att det finns en god förmåga inom beredskapssektorn Hälsa, vård och omsorg är centralt för det övriga civila försvaret och, som nämnts, för det militära försvaret. Men det är också viktigt att komma ihåg att sektorn har ett stort beroende av andra beredskapssektorer som energi, kommunikationer, transporter, dricksvatten och livsmedel.

Jag ska säga några ord om förmågan inom det civila försvaret. Förmågan behöver höjas, och MSB har tagit fram flera underlag till stöd för utvecklingen framöver. Vi har i den senaste bedömningen kunnat se en positiv utveckling i relation till samtliga delar av målet för det civila försvaret. Det har också skett en positiv utveckling inom samtliga tio beredskapssektorer, där vissa sektorer har utvecklats mer än andra. Vi kan även se en koppling mellan ökad förmåga och de resurser som satsas inom olika områden i verksamheter.

Exempel på åtgärder inom hälso- och sjukvården är att Socialstyrelsen har tagit fram nyckeltalsberäkningar och dimensionerande målbilder för hälso- och sjukvård under höjd beredskap. Det är viktigt att aktörer inom olika delar av det civila försvaret har kunskap om vad ett krig kan innebära och vad de behöver klara av. Andra exempel är att fler aktörer än tidigare i dag arbetar med beredskapslagring av produkter som behövs vid en krigssituation. Bland annat har regionerna påbörjat ett arbete med att bygga upp lager av sjukvårdsprodukter för traumavård vid masskadehändelser.

Det finns fortfarande brister i samhällsförmåga och skydd av civilbefolkningen vid ett väpnat angrepp, till exempel i hanteringen av masskadehändelser. Vidare finns det brister i förmågan att upprätthålla en nödvändig försörjning under beredskap.

Vad behöver då det civila försvaret? Vi har haft regeringsuppdrag till MSB där vi har redovisat vad vi ser som de viktigaste åtgärderna för att kunna höja förmågan inom det civila försvaret. I vår rapport *Framåtanda* från oktober 2023 lämnade vi förslag på tre prioriteringsnivåer för det civila försvaret. Även om behovet som helhet summerades till över 30 miljarder lämnade vi förslag på tre nivåer, som var på 10, 15 respektive 20 miljarder per år. Man kan konstatera att sektorn Hälsa, vård och omsorg är den sektor som föreslås få mest pengar i nivå 1 och 2 och ungefär lika mycket i nivå 3 som sektorn Räddningstjänst och skydd av civilbefolkningen.

Åtgärder som lyfts fram i MSB:s rapport är stärkt förmåga att hantera ett masskadeutfall, vilket statsrådet också nämnde. Vidare är en utveckling av regionernas grundläggande organisationsberedskap för hälso- och sjukvård nödvändig för att ge regionerna grundförutsättningar för att vårda skadade människor vid höjd beredskap och vid krig. Detta inkluderar även delar av investeringsprogrammet Sjukvårdens säkerhet i kris och krig.

Det finns vidare ett stort behov av medel för att på såväl regional som nationell nivå lagra vissa typer av läkemedel och sjukvårdsprodukter i ett förbättrande syfte. I nivå 3, det vill säga 20 miljarder per år, finns också förslag på särskilda resurser till kommunal hälso- och sjukvård samt socialtjänst.

Mot denna bakgrund tänkte jag nu komma in på några aktuella frågor som berör hälso- och sjukvården. Det gäller exempelvis de formella kraven på motståndskraft i samhällsviktig verksamhet, som kommer att bli högre i höst när två EU-direktiv genomförs i svensk rätt. Statssekreteraren nämnde det ena, NIS 2, som handlar om cybersäkerhet. Vi har också CER-direktivet, som handlar om kritiska entiteter, alltså kritisk infrastruktur. Hälso- och sjukvården är en av de sektorer som berörs. Från MSB:s sida bedömer vi att det här ger en högre motståndskraft inom berörda sektorer, vilket är positivt.

Som partner till Nato har vi under lång tid arbetat med resiliensfrågor på civil sida. Som allierad och medlem kommer arbetet med exempelvis hälso- och sjukvård att bli ännu mer konkret, och förväntningarna på åtgärder kommer att öka. Exakt vad det innebär i praktiken kommer att bli tydligare framöver när vi får ta del av mer information och delta fullt ut i olika arbets- och planeringsgrupper.

Vikten av försörjningsberedskap och analyser har nämnts tidigare, och MSB och Socialstyrelsen har ett gemensamt uppdrag i sin försörjningsanalys av varor och tjänster i kris och ytterst i krig. Ett av syftena är att på sikt skapa en bättre bild av Sveriges försörjningsberedskap. Här har myndigheterna inlett ett gemensamt arbete och kommer under året att med stöd av FOI och i samverkan med andra beredskapssektorer och berörda aktörer, inklusive näringslivet, att utreda och överväga en eller flera modeller för nationell försörjningsanalys. Socialstyrelsen kommer att i syfte att testa modellen genomföra analyser av sjukvårdsprodukter inom ett begränsat antal produkter.

Några av de knäckfrågor som myndigheterna nu arbetar med gäller hur ofta och på vilken detaljnivå analyser ska ske och hur en försörjningsanalysmodell kan stärka och komplettera andra närliggande analyser av förmåga,

risker och sårbarheter. Det handlar vidare om på vilket sätt Natokontexten har betydelse för modellen samt hur analyserna ska bli användbara i totalförsvarsplaneringen och genomförandet av beredskapsstärkande åtgärder.

Avslutningsvis vill jag skicka med ett generellt budskap vad gäller vår samlade beredskap: Öka förmågan att hantera krigsfara och krig här och nu! Utveckla förmågan att hantera krigsfara och krig på sikt! Vidmakthåll och utveckla förmågan att hantera fredstida krissituationer, inklusive hybrida hot!

Ordföranden: Nu ska vi få möjlighet att lyssna till Försvarsmakten genom Claes Ivgren, som är generalläkare och chef för försvarsmedicin. Välkommen!

Claes Ivgren, Försvarsmakten: Tack så mycket! Då ska jag försöka ge perspektivet utifrån Försvarsmaktens syn. Jag börjar övergripande med en agenda där jag lite kort berör vad Natomedlemskapet och alliansmedlemskapet betyder för oss, speciellt med tyngdpunkt på hälso- och sjukvården. Jag ska säga lite grann om vilka planeringsförutsättningar det här innebär och dra några slutsatser. Frågestunden kommer efteråt.

Det här är ett epokskifte för svenskt försvar. Nato som allians är en väldigt stor organisation. Den är väl inarbetad och har en stor uppsättning doktriner och regelverk och ett förhållningssätt som nationerna sinsemellan kommer överens om. Om man ska göra någonting gemensamt när man är 32 olika länder blir det väldigt viktigt att det regelverk man gör det utifrån hänger ihop och att man kan lita på att andra alliansmedlemmar gör precis som man har sagt.

Därmed är vi lite grann övergripande inne i vad alliansen innebär. Världsstöd är en viktig del. Sverige som nation befinner sig mitt emellan öst och väst. Häromdagen blev jag adresserad som varandes en av de östliga medlemmarna. Jag skruvade på mig lite grann och kände mig obekvämt, för ”öst” har jag liksom aldrig räknat mig som. Men i det här sammanhanget är vi östliga. Och vad betyder det i den svenska kontexten? Norden är ett sammanhängande område, och för svensk del är vi både en transit state, ett genomgångsland, och i vissa stycken en frontline state, det vill säga någonstans där vi kan tänka oss att konflikten kommer att utspelas.

När Nato tittar på detta holistiskt i det civila och det militära perspektivet ställer man även krav – och inte bara militära krav utan resilienskrav – på Sverige som nation. De uttrycks på lite olika sätt, och det finns bland annat någonting som heter seven baseline requirements, där hälso- och sjukvård och massskadepacitet, som sjukvårdsministern tog upp, är en del i kravställningen.

Vi fick en liten tillbakablick till 1990 med 50 fältsjukhus och 100 000 vårdplatser. Det är den militära tillbakablick som vi kommer ihåg, det vill säga de senaste 20 åren, när vi har uppträtt genom att försvara Sverige borta. Och det har vi kunnat göra med en absolut dominans på slagfältet. Vi har i varje läge, eller i princip varje läge, kommit åt varje enskild skadad soldat med alla till buds stående resurser. Det innebär att vi i princip har kunnat bedriva

universitetssjukvård i Afghanistan med omedelbar access till patienterna. Så ser det inte ut längre, men vi är kvar strukturellt, tankemässigt och förmågemässigt i den här formen av tänkande. Här måste vi gå vidare.

Sett utifrån Natoperspektivet ställer man krav på lite andra förmågor och andra prioriteringar i jämförelse med det vi har varit vana vid. Vårdlandsstödet kommer jag tillbaka till flera gånger här, men det är till en del dimensionerande för vad Försvarsmakten måste kunna bidra med som allianspartner. Sverige kommer att bli ett viktigt område för transport till och från – till de östra delarna av Natos territorium och från flödet av skadade patienter som ska tillbaka till sina hemländer. Det kommer inte att ske någon slutlig vård i vare Sverige eller Finland, utan mottagare av dem som kommer ut ur de här systemen är de nationer som har sänt sina soldater. Detsamma gäller för Sverige om vi uppträder någon annanstans; då kan vi förvänta oss ett flöde av skadade svenska soldater tillbaka till Sverige – soldater som vi för övrigt är ansvariga för.

Expeditionärt – det var modeordet under Afghanistan- och Mali-eran. Det är sedan några år tillbaka inte alls ett modeord och inte alls ett förhållningssätt som vi vill ha. Men vi måste komma ihåg att det är fråga om att försvara en allians. Vi kan mycket väl behöva skicka folk till Rumänien. Då går det inte att bygga det svenska försvaret på plikt, åtminstone inte med den typ av plikt-lagstiftning som vi har i dag. De förband som vi ska kunna skicka ut måste vara omedelbart gripbara, och det gäller också för hälso- och sjukvårdspersonalen. Det hjälper inte mig i ett försvarsmaktsperspektiv om vi har möjlighet att plikta, vare sig med vanlig plikt eller med civilplikt, in mot Försvarsmaktens strukturer eller till stöd för Försvarsmakten. Vi måste ha tillgång till personal i realtid.

Personal är vår enskilt viktigaste resurs. Sjukvårdsministern var inne på att det inte finns någon militär sjukvårdspersonal, utan det är folk som är påhängda en uniform och tränade i militära metoder – vilket är väldigt viktigt. Men det är inte så att vi driver ett eget system, och så fort vi sätter någon individ bakom ett tangentbord med ansvar för att hantera ett mejlflöde minskar den kliniska relevansen logaritmiskt i relation till hur länge personen sitter bakom tangentbordet.

Det betyder att klinisk personal måste arbeta. De måste arbeta i regionerna. Det måste vara folk som till vardags löser de här uppgifterna, men Försvarsmakten behöver kunna träna dem i militära metoder och ha access till dem när vi behöver dem för olika typer av militära insatser. Om man ser till det hela resursmässigt ska vi enligt de nuvarande krav som vi har från Nato, som gäller fram till 2030 ungefär, kunna skicka ut fyra kompletta fältsjukhus. Vi fick en siffra på att vi har två stycken i det gällande försvarsbeslutet från 2000. Här behöver vi öka förmåga och kapacitet – och då är vi fortfarande inte i ett nationellt försvarsperspektiv, utan vi är i det som vi behöver ha som tillgängliga resurser om vi ska lösa uppgiften någon annanstans.

Var ska vi då lösa problemen, eller var kan problemen uppstå? Vi pratar höjd beredskap, vi pratar civilförsvar och vi pratar tillgänglighet, men tillgängligheten måste finnas där problemen uppstår. Man kan inte konservera ett

medicinskt problem, utan det måste hanteras där och då. De norra regionerna är givetvis högtintressanta. Vi får mycket frågor om detta. Det gäller alltifrån cold weather operations, som vi av historiska skäl borde begripa, till vilka resurser vi har i norr. Det är där man ser framför sig att vi skulle kunna behöva medicinska resurser om någonting händer i Sverige. Jag tänker inte gå in på vilka resurser vi har i norr, för ni är alla väl medvetna om hur vår geografiska struktur ser ut och vilken infrastruktur vi har där uppe.

Vad är då militär sjukvård? Militär sjukvård är egentligen något väldigt basalt. Det handlar om att rädda livet på någon de första tio minuterna. Kärnvärden och kärnerfarenhet från Ukraina visar att folk dör på slagfältet för att man inte har rätt kapacitet tillräckligt nära fronten. Och här är det inte legitimerad personal utan militärt utbildade stridssjukvårdare som ska göra jobbet. Inom en timme ska man ha tillgång till resuscitering, det vill säga kvalificerad medicinsk vård, och inom två timmar tillgång till akutkirurgi. Och jag är ledsen, mina vänner: Det finns ingen uppgradering på människor. Vi har inte fysiologi 2.0 som kan förlänga överlevnaden och som vi kan ladda hem i nästa app, utan vi är den evolutionära produkt vi är. Det här är basfakta, och det här måste man förhålla sig till. Gör man inte det är utfallet döda människor. Det är inte svårare än så, eller det är precis så svårt.

Vår slutdestination, den militära slutdestinationen, är de civila sjukhusen. Vi levererar i bästa fall levande, stabila patienter som har genomgått resuscitering, återupplivning eller akut kirurgi. Sedan behöver det finnas en civil vårdinrättning som löser våra problem och som fyller Försvarmaktens, soldaternas, de civilas, krigsfångarnas eller de skadade fiendesoldaternas behov. Om inte detta finns är vi tillbaka på ruta ett igen, det vill säga att vi inte löser problemet.

Jag ska säga något om civil infrastruktur. Bilden här visar barnsjukhuset i Mariupol när staden fortfarande var under ukrainsk kontroll. Som vi hörde tidigare är civil infrastruktur inte längre skyddad av konventioner, utan vi har en motståndare som systematiskt använder sig av metoden att demoralisera genom att angripa sjukvård och göra det till ett militärt mål. Det var generaldirektören för Socialstyrelsen inne på när det handlade om var någonstans resurserna hamnar. Kommer SSIK att öka skyddet för de civila sjukhusen? Vi har mycket att göra.

Det handlar också om sjukvårdens ledning. Den översta bilden visar hur vi leder i dag civilt. Det är en bild från Drottninggatan. Man leder från skadeplats. Den nedre bilden visar en militär sjukvårdsledning. Vi ser framför oss att vi nationellt måste kunna disponera resurser men att vi regionalt måste utveckla metoder för att leda det som ska ledas i Sverige. Militärt måste vi bli duktigare på att leda flödet av patienter på ett klokt sätt, både våra egna och tillkommande allierade. Här har vi en hemläxa att göra när det kommer till struktur, organisation och träning.

Vad finns det då för slutsatser av det här? Det är nya ingångsvärden; det är krig i Europa. Jag kan inte stå här och visa er den perfekta lösningen 2035, för den kanske går åt om sex månader. Det går inte att ducka och säga att vi har

planer för vad vi ska göra sedan, utan vi måste backa tillbaka in i våra system och fundera på vad vi kan göra här och nu.

Nationellt löser inte Försvarsmakten åtagandet att rädda livet på soldater och sjömän, utan det behövs ett gemensamt civil-militärt åtagande för att vi ska lyckas med detta. Det behövs direkt tillgång till legitimerad medicinsk personal. Här ser jag framför mig att vi måste hitta en överenskommelse – en verksamhetsöverenskommelse mellan Försvarsmakten och regionerna med SKR och Socialstyrelsen – för att vi på ett klokt sätt ska kunna resurssätta den militära beredskapsorganisationen utan att dränera den civila vården på de resurser som behövs där.

Det handlar också om utbildningsmodellen. Vad utbildar vi i? Varför utbildar vi, och hur gör vi? Det börjar egentligen med hur vi utbildar våra soldater och sträcker sig till hur vi utbildar våra läkare och sköterskor för att kunna hantera ett traumatiskt omhändertagande. Högspecialiserad vård i all ära, men fler måste kunna göra mer, fast inte med samma höga kvalitet utan med ambitionen att rädda livet på så många som möjligt – och kanske inte i alla lägen rädda livet på den som är värst skadad. Det kommer vi inte att ha resurser till.

Jag kommer tillbaka till att det är personal som är den enskilt viktigaste faktorn. Jag vill också göra ett medskick – och det är väl ofint av mig – till Försvarsberedningen. Om man nu är villig att lägga väldigt många miljarder på att köpa vapen, kinetisk energi, stridsvagnar, flygplan och fartyg och om man rustar för krig får man också beakta konsekvensen av krig, det vill säga skadade och döda. Då måste man också se till att lägga tillräckligt mycket resurser på att möta konsekvenserna av det man rustar för. Det betyder att sjukvårdsförmåga, civil och militär, också är någonting som man behöver investera i.

Slutligen: Det handlar inte bara om prylar, för prylar löser tyvärr inga problem. Det är människor, kompetens, övning och träning som löser problem.

Ordföranden: Nu ska vi få lyssna till Ethel Limén, som är biträdande kansli-
chef för Östra civilområdet. Välkommen fram!

Ethel Limén, Länsstyrelsen i Stockholms län: Tack för inbjudan! Det är trevligt att få vara här. Nu ska vi titta lite närmare på vad ett civilområde är.

Sverige har sedan 2022 sex civilområden. Varje civilområde består av två eller flera länsstyrelser. En av länsstyrelserna inom varje civilområde är också utsedd till att vara civilområdesansvarig länsstyrelse, och landshövdingen vid den länsstyrelsen är tillika civilområdeschef.

Strukturreformen som man har gjort syftar till att tydliggöra lednings- och ansvarsförhållandena samt rollfördelningen för att åstadkomma en bättre samordning mellan aktörerna i det civila försvaret men även mellan det civila försvaret och Försvarsmakten. Det är ett omfattande arbete. Civilområdena är och blir en viktig del i att bygga upp Sveriges civila försvar.

På bilden som jag visar nu kan ni se den geografiska indelningen av de sex civilområdena från det norra över till mellersta, östra, sydöstra, södra och västra civilområdet.

Jag kan nämna att det i nuläget finns en önskan om enhetlig inriktning när man bygger upp respektive civilområde. Det sker ett mycket nära samarbete mellan civilområdena, men det råder olika geografiska och infrastrukturella förutsättningar. Olika län står med olika utmaningar. Vissa är kärnkraftslän. Det finns strategiska hamnar i andra län. Gränserna ser annorlunda ut.

Jag kommer från det östra civilområdet, och vi har ön Gotland som vårt andra län. Stockholms länsstyrelse är civilområdesansvarig.

Jag ska försöka beskriva vilka uppgifter den civilområdesansvariga länsstyrelsen har. Vi börjar med perspektivet inför och vid fredstida kriser. Då ska vi verka för att det sker länsöverskridande samordning av länsstyrelsernas planeringar och förberedelser inom civilområdet. Vi ska ha förmågan att utgöra en gemensam stödfunktion för länsstyrelserna, som också kan beröra flera län i civilområdet.

En länsstyrelse som är civilområdesansvarig får även ta över ansvaret för den kommunala räddningstjänsten inom sitt civilområde om insatsen bedöms vara särskilt omfattande eller om andra synnerliga skäl föreligger. Om en räddningsinsats även innehåller statlig räddningstjänst ska den övertagande länsstyrelsen ansvara för att räddningsinsatserna samordnas.

Vi går vidare och tittar på uppgifter som ligger på de civilområdesansvariga länsstyrelserna inför höjd beredskap. Då ska vi verka för att totalförsvaret under höjd beredskap, som jag kommer in på senare, har en enhetlig inriktning. Vi ska ta initiativ till att samordna planering mellan statliga myndigheter och mellan dessa och Försvarsmakten. Vi ska samverka med Försvarsmakten i frågor som rör totalförsvaret. Vi ska också stödja länsstyrelsens planering och förberedelser inom respektive län, ta initiativ till åtgärder och hålla samman planering och förberedelser av de civila aspekterna av världlandsstödet.

Jag kan också nämna att civilområdesansvariga länsstyrelser även har ansvar för att inför höjd beredskap och vid höjd beredskap lämna det underlag till Försvarsmakten som behövs för att de ska kunna fullgöra sin informationskyldighet till regeringen. Detta upparbetas alltså nu.

Vid höjd beredskap har vi förhoppningsvis planerna klara och går in och verkar. Vi ska verka för att uppnå största möjliga försvarseffekt genom att samordna de civila försvarsåtgärderna. Vi verkar för att samordna det civila och det militära försvaret.

Vi ska samordna den civila delen av världlandsstödet och på alla sätt upprätthålla förbindelsen med regeringen och andra relevanta myndigheter, till exempel länsstyrelserna och andra civilområden. Vi ska även hålla regeringen informerad om händelseutvecklingen inom civilområdet och sammanställa en samlad lägesbild till regeringen. Vi ska ge länsstyrelserna inom civilområdet vägledning i prioriteringar och inriktning av deras verksamhet.

Våra huvudord inom civilområdena är att samordna, samverka, koordinera och koppla ihop aktörer.

Nu tänkte jag säga någonting mer konkret. Man får inte glömma bort att det i praktiken är i april i år som det blir ettårsjubileum för de civilområdesansvariga länsstyrelsernas kanslier. Vi har alltså funnits i ett år, ungefär. Även om det bara har gått ett år har det skett en hel del verksamhet. Vi har rekryterat personal till kanslierna. Det är fortfarande ett inflöde av personal till kanslierna på flera håll.

Samordningen med olika aktörer inom vårt civilområde är i full gång. Det genomförs konferenser och möten på olika nivåer inom samtliga civilområden. Det sker också samarbete mellan de sex civilområdena och de tio sektorerna. Detta samordnas och drivs framför allt via MSB. Vi samverkar med Försvarsmakten, främst via deras militärregioner. Det arbetet pågår och behöver självklart utvecklas, men det har också blivit igångsatt.

Arbetet med världlandsstöd står väldigt högt på agendan, men en hel del arbete återstår förstås. Det kommer ju att vara en av de centrala uppgifterna även de kommande åren.

Vi har etablerat samarbetsformer och arbetssätt. Inom civilområdena har vi skapat arbetsgrupper som vi har skurit enligt sektorer och försvarsmaktsfrågor. Det är för att vi, alla civilområden tillsammans, ska hitta och fånga upp viktiga perspektiv som Försvarsmakten har som vi behöver beakta och som respektive sektor har.

Vi har givetvis en arbetsgrupp som heter Hälsa, vård och omsorg. I dag genomförs en workshop tillsammans med Socialstyrelsen, Försvarsmakten och FOI. Den handlar om att försöka ta fram nyckeltalsberäkningar och dimensionerande målbilder vid höjd beredskap och krig inom hälso- och sjukvården. Tanken är att arbetet ska utgöra ett stöd till regionerna i deras planering av vad som behövs under höjd beredskap och krig.

Jag vill passa på att nämna en övning som MSB hade, som gick ut på att testa den författningsstyrda rapporteringen i systemet. Ett av syftena med den övningen var att det skulle sammanställas en lägesbild som den civilområdesansvariga länsstyrelsen skulle leverera till Regeringskansliet.

I övningen deltog en mycket stor mängd aktörer. Alla sektorerna var med, alla kanslierna, länsstyrelser, kommuner och regioner. Det som krävs i det civila systemet är att vi kopplar upp oss på varandra och att vi kan få information allra längst ned i systemet att aggregeras uppåt. Det ska sluta med att man kan sammanställa en samlad lägesbild som man sedan kan presentera för regeringen.

Övningen var otroligt lärorik, och jag tror att vi på mycket kort tid kunde identifiera ett flertal utvecklingsområden som kanske hade kunnat ta flera år att upptäcka. Det gav oss en väldigt snabb anvisning om vilka områden vi behöver gå vidare med nu. Jag tror verkligen att övning är ett mycket bra verktyg för att testa om det föreligger en förmåga eller om det finns brister och man kan höja den.

Jag avslutar med en bild av en räddningsarbetare vid ett förstört hus, med bildtexten: ”Ett starkt totalförsvar är förebyggande och fredsbevarande.” Tack för er uppmärksamhet!

Ordföranden: Tack så mycket!

Nu ska vi vända blickarna utåt och fokusera på erfarenheter från arbetet i Ukraina. Vi har Socialstyrelsens krisberedskapschef Taha Alexandersson på plats. Varmt välkommen!

Taha Alexandersson, Socialstyrelsen: Tack!

Vi har hört sjukvårdsministern och många andra beskriva väldigt tydligt att arbetet behöver inledas nu och att det är bråttom.

För att man inte ska bli överväldigad av alla erfarenheter, alla bilder och allt vi ser hända i Ukraina har vi försökt sammanställa och sammanfatta läromoderna och erfarenheterna i några kategorier som vi är vana att arbeta med tack vare MSB:s lista över viktiga samhällsfunktioner. Vi har också försökt sammanställa erfarenheterna utifrån vad Försvarsberedningen föreslår.

Kategorierna inleds givetvis med de saker som tar tid att bygga upp, även om det är bråttom och kriget pågår här och nu. Det handlar om försörjningsberedskapen och erfarenheterna vi ser vad gäller brist på läkemedel och blod. Jag ska väldigt tidigt säga att brist på blod inte är lätt att åtgärda och att mycket blod går åt. Blod är ett väldigt direkt mått på hur stort skadefall du har utifrån den traumavård som behöver bedrivas.

Vi kan se väldigt tydligt att tillgången till blodprodukter, att man har blodberedningsplaner och att man säkerställt att man når fram med blod ända längst fram är avgörande. Ni såg generalläkarens bild och mått 10-1-2. Det är jättebra om vi hinner vårda människor 10-1-2 inom en timme, men ibland blir det mycket långa transporttider, och då behöver du nå fram med ännu mer avancerad vård ännu längre fram.

Jag vill också särskilt poängtera öppna handelsvägar och förmågan att ta emot stöd. MSB presenterade vad Sverige har ställt upp med från den civila sidan. Ukraina har tagit emot en hel del stöd. Senast i december sa hälso- och sjukvårdsministeriet att brist på läkemedel inte är något man identifierar just nu eller under det senaste året. Det är mycket tack vare att man faktiskt har möjlighet att ta emot den typen av stöd och det generösa humanitära stödet som kommer in från utlandet.

Många innan mig har pratat om att lagar inte följs. Vi vet att infrastrukturen i Ukraina är hårt drabbad. Det känner vi igen från den ryska krigföringen på andra ställen. För att klara av detta – det beskrev även sjukvårdsministern – arbetar vi med perspektivet att inte bara stärka de sjukhusbyggnader vi har i landet så att de inte bara är byggda i glas, utan att man säkerställer att de också har splitterskydd och att man gör gap-analyser för att titta på var investeringarna ska göras, även geografiskt. Men det räcker inte.

Vi behöver också förmågan att bedriva vård på alternativa platser. Om vi inte kan bedriva vård och inte har tillräckliga resurser för att bedriva vården på alternativa platser behöver vi säkerställa att vi får till stabiliseringscentrum, det vill säga det som generalläkaren beskrev att om det inte är möjligt att nå fram med den kvalificerade vården inom en timme måste vi tänka oss ett annat

flöde för att patienten ska överleva hela vägen ut. Det är en direkt lärdom och direkt konsekvens av vad vi ser hända.

Vad gäller personal tar det också tid att få upp tillräcklig kompetens och tillräcklig kvantitet. Vi ser att den personalbrist man går in med när det väpnade angreppet inträffar kvarstår. Därutöver kan vi inte försumma antalet förflyttningar. Människor är inte fast på ett ställe – vi har inte rötter och stannar inte på ett ställe. Det sker förflyttningar på grund av krigföringen, men vi ser även tvångsförflyttningar. Det måste vi ta hänsyn till. Den geografiska indelningen och planeringen som kanske fungerar jättebra i fredstid måste också kunna fungera interregionalt och intergeografiskt i krigstider.

Vi har tagit fram utbildnings- och övningsplaner för katastrofmedicin, men vi ser också väldigt positivt på den utredning som pågår om personalförsörjning i det stora, där man tittar på frågor såsom civilplikt för sjukvårdspersonal och så vidare. Men jag tror att det är viktigt, om vi nu ska ransonera vården eller prioritera i den, att även dra lärdomar av till exempel Ukraina där studerande har tillåtits att arbeta för att kompensera. Man har också tittat på andra typer av kategorier som skulle kunna bedriva vård, även om det inte behöver vara den mest avancerade, för att få upp kvantiteten i personalstyrkan.

Nästa kategori, som också är viktig att ta med sig, är att den befolkning du har i nuläget är den befolkning som kriget kommer att drabba. Vi är alltså väldigt glada över att aspekten folkhälsa lyfts fram i rapporten *Kraftsamling*. Man lyfter fram vikten av både folkhälsa och psykisk ohälsa. Det här innebär ju en psykisk påfrestning. Vi har pratat om den psykiska påfrestningen som givetvis drabbar den befolkning som är utsatt, men det handlar också om den psykiska påfrestning det innebär för personalen som ska omhänderta den befolkning som är drabbad.

Vi pratar ofta om antimikrobiell resistens och AMR-frågor. Vi får inte glömma att AMR-frågor och multiresistenta bakterier väldigt snabbt blir något som behöver omhändertas akut. Det drabbar inte bara i nuläget Ukraina utan också mottagande länder. Vi måste säkerställa att vi har förmåga och läkemedel och att den infrastruktur vi bygger upp kan omhänderta inte bara traumavård utan även andra typer av vård och sjukdomar.

Förebyggande hälsovård behövs för att avlasta och för att man inte ska ha en alltför sjuk befolkning när man tar emot de ofattbara siffror som masskadeutfallet innebär. Det har kriget i Ukraina verkligen visat vikten av att vi satsar på, och även det tar tid att bygga upp.

Den sista kategorin, som kanske är mest associerad med kriget och som har nämnts av flera, är masskadeutfallen. Här ser vi att vi inte bara behöver ha förmågan att skala upp – man pratar ju ofta om kapacitetshöjningsförmågan vad gäller struktur, personal och läkemedel – utan också kunna skala ned för att ha en uthållighet på sikt om man är inne på en långdragen händelse som sker på olika platser. Man måste kunna skala upp snabbt men även ha bra metodik för att skala ned. Man ska kunna gå upp i antalet vårdplatser men också bedriva annan typ av vård om det blir förändringar i befolkningens behov i just det geografiska läge som man bedriver sin sjukvård.

Vad gäller skadepanoramat har många nämnt begreppen nyckeltal och dimensionerande målbilder. Om det är första gången man hör det kanske det låter lite diffust. Det finns fina rapporter som vi är väldigt stolta över på vår hemsida.

Det här handlar egentligen om att ta de ganska luddiga begreppen kinetiskt våld och skadeutfall och bryta ned dem i vad det handlar om för faktisk vård och skadepanorama. Är det brännskador, skador mot buk eller något annat? Det betyder att du behöver olika kompetens för att behandla men även andra typer av läkemedel och vårdplatser. Man kan inte bara prata om en fördubbling – sjukvårdsministern nämnde det – utan måste också bryta ned till vad det i sådana fall är för typ av vårdplatser som behöver dubbleras och om det ska vara likadant överallt, geografiskt.

Regional och kommunal hälso- och sjukvård kompletterar varandra. Det är en av de viktigaste lärdomarna som vi ser. Det flödet behöver fungera sömlöst för att få till ett gott omhändertagande av de behov som uppstår. Det ser vi också vikten av i Ukraina.

Jag ska sammanfatta med att säga att det hemska som vi inte vill ska vara sant är sant. Statssekreteraren beskrev att sjukvården kan bli mål för attacker och också att man använder så kallad double tap, alltså först attackerar och sedan attackerar en gång till. Vi vet att det inte räcker att bara ha multikompetenta, specialiserade team. Många måste kunna många saker.

Om vi tar psykisk ohälsa som exempel är det någonting som gäller brett. Det spelar ingen roll om du arbetar inom gynekologi eller traumavård eller på en primärvårdsmottagning – du kommer att ha en befolkning som kommer att behöva krisstödsinsatser och omhändertagande.

Långdragna konflikter medför vårdbehov utöver traumavården, och vi får inte glömma bort att det förebyggande hälsoarbetet minskar belastningen på vården i krigstider.

Ordföranden: Tack så mycket för värdefulla föredrag så här långt under förmiddagen!

Det har blivit dags för oss att ta en liten paus ute i Sammanbindningsbanan. Vi ajournerar vårt sammanträde och återupptar det klockan 10.35.

Olivia Wigzell, Socialstyrelsen: Ordförande! Utgångsläget för arbetet är, som ni har hört, det allvarliga säkerhetspolitiska läget, där ingenting kan uteslutas och där situationen kan förändras mycket snabbt. Vi behöver vidta åtgärder både för att ha en kapacitet här och nu och för att få en bra och stark utveckling på längre sikt. Det är en viktig inriktning för alla sektorer.

Utvecklingen mot ett robust totalförsvaret har pågått i flera år. Vi har tagit många viktiga steg mot en stärkt beredskap, och som vi har hört konstaterar MSB att arbetet har utvecklats positivt. Vi ska fortsätta arbetet med att bygga vidare på det som fungerar väl, och vi har med oss erfarenheter både från pandemin och från Ukraina, som också är utgångspunkter för vårt arbete.

Ledordet för vårt arbete i sektorn är ”tillsammans”. För att nå resultat måste vi arbeta tillsammans – kommuner, regioner, företag, privata och ideella aktörer med flera.

Jag tänkte lägga upp presentationen så som ni nu kan se på skärmen. Det handlar alltså om vad som ingår i sektorn för hälsa, vård och omsorg, vad vi har för pågående arbete, vilket ni har hört en hel del om, och vilka utvecklingsområden vi ser i år.

Den bild som nu visas ramar in att många olika och viktiga samhällsfunktioner och frågor ingår i sektorn för hälsa, vård och omsorg och att regeringen inom alla dessa områden har gett många uppdrag till myndigheterna i sektorn.

Nästa bild visar också sektorn, och nederst i bild ser vi de aktörer som står för själva utförandet och den faktiska förmågan i sektorn för hälsa, vård och omsorg. Där finns regioner, kommuner, företag och såklart civilsamhället, som spelar en viktig roll.

I mitten av bilden visas de fyra myndigheter som ingår, och ni har hört vilka de är. Myndigheterna kan stödja hela sektorn med statsbidrag, vilket de också gör, och även med kunskapsstöd, utbildning, nationell samordning och nationell inriktning för arbetet.

Överst i bild, slutligen, ser vi att även myndigheterna måste jobba med att bygga robusthet internt. Det kan handla om att de behöver stärka sin förmåga att svara på cyberangrepp, stå för säkra ledningsplatser, kontinuitetsplanering med mera.

För alla dessa aktörer i sektorn för hälsa, vård och omsorg har vi olika samverkansforum för olika ändamål som är strukturerade. Jag kommer inte att gå in på dem här, men vi bildade dessa forum först så att vi kan gå gemensamt framåt.

Nu kommer jag in på pågående uppdrag, och den bild jag nu visar är lite annorlunda än den som statsrådet visade över pågående uppdrag. Som ni kan se har vi avrapporterat om några, medan andra löper över många år.

Det är en blandning av uppdrag, både uppdrag som är förutsättningsskapande, såsom att arbeta med kontinuitetsplanering, försörjningsanalys och kunskapsstöd, och uppdrag som är direkt förmågeskapande och som regeringen har gett myndigheterna, såsom utbildning och övning, att bygga lager och att satsa på skyddsrum och driftssäkra sjukhus.

Regeringen har alltså gett uppdrag på alla viktiga områden som vi behöver arbeta med. Under rubriken ”Övriga regeringsuppdrag” ser ni de viktiga uppdrag som handlar om utbildning och övning och att planera och genomföra nationella övningar. Där har vi tagit fram en nationell plan och struktur för hur vi kan utbilda och öva med olika kunskapsmål på olika områden och med olika metodik.

Vi kommer att lansera en övningsportal för vår sektor som kan ha länkar till utbildningar och övningar och innehålla en övningskalender och också fungera som samarbetsyta. Vi kommer att genomföra en masskadeövning i egen regi som är planerad till efter sommaren. Vi har, och kommer även att ta fram, utbildningsmål på CBRN-området, från bas till avancerad utbildning.

Jag ska lyfta upp två områden som är prioriterade i uppdragen. Det första, som alla tidigare talare har nämnt, är att öka förmågan att hantera masskadehändelser. På skärmen visas nu de regeringsuppdrag som finns på områdena. Här har *Kraftsamling* som sagt lyft fram detta som den enskilt viktigaste frågan för hälso- och sjukvården, och som vi hörde från generalläkaren är det även ett krav från Nato att man som allierad i denna gemenskap ska kunna hantera masskadeutfall.

Vi har rapporterat om flera av områdena, och vi har, som statsrådet nämnde, lagt fram konkreta förslag såsom system för larmning, nationella kriterier för masskadetriage, en plan för kapacitetsökning och en plan för ransoner. Här är det värt att säga en gång till hur viktigt arbetet med nyckeltal och dimensionerande målbilder är. Det är konkreta siffror som vi har tagit fram och som är olika för de olika regionerna.

Jag kan tillägga något som inte har sagts här, nämligen att detta också blir ett test av vår struktur för samarbetet så att vi kan se hur civilområden arbetar med regioner tillsammans med Socialstyrelsen när vi ska genomföra faktisk planering och faktisk förmågehöjning utifrån dessa siffror. Vi har haft med erfarenheter från Ukraina också när vi har tagit fram siffrorna för de olika regionerna. Här finns också skyddade utrymmen och SSIK-programmet, och där har vi lärdomarna från Ukraina, som vi hörde om före pausen.

Det andra viktiga område som jag vill gå in på är försörjningsberedskap. Här har vi också erfarenheter från Ukraina när det gäller blod, läkemedel och sjukvårdsprodukter. Vi bygger just nu statliga lager av traumaprodukter och läkemedel som är kopplade till traumasjukvård och också till CBRN-förmågan. Det byggs även regionala lager, så det är en faktisk förmågehöjning som äger rum.

Vi har också tagit fram många stödmaterial som handlar om allt från hur vi kan stärka kedjan för distribution till energiförsörjning och bemanning.

Slutligen kan man, apropå civilsamhället, säga att en viktig del är egenberedskapen, vad vi behöver ha hemma för att ha en ökad robusthet i krig. Där finns en rekommendation om att ha läkemedel hemma för patienter som har en stabil läkemedelsbehandling under längre tid. Detta har varit viktigt i arbetet liksom den analysmodell som vi tar fram tillsammans med MSB och som, apropå hur vi kan hjälpa varandra över sektorer, kan bli en modell för andra beredskapssektorer. Det är tanken. Att jobba konkret kan alltså leda till att vi generellt går framåt på flera områden.

När det gäller Nato har ni fått höra om de förmågor vi ska ha på plats och vad som krävs i form av både baskrav och världlandsstöd. Socialstyrelsen deltar i en grupp som ligger under resilienskommittén. Där har vi varit med i över ett decennium, men det blir såklart väldigt annorlunda nu när vi är en allierad. Vi har inte sett att det är detta som kommer att ändra vårt arbete, utan vi har redan regeringsuppdrag och arbete i linje med Natos krav.

Slutligen ska jag säga något om 2024. Strukturena är på plats, och samarbetsforumen finns där. Detta ska vi inte jobba med längre, utan nu är det fokus på övning. I vår sektor har övning fått stå tillbaka under pandemiåren, så vi

har ett uppskjutet behov av både utbildning och övning i vår sektor. Det blir därför jätteviktigt under 2024.

Sedan har vi den faktiska förmågehöjningen med nyckeltalen, som vi ska planera gemensamt över hela landet och med alla våra olika regioner. Det kommer att vara viktigt.

Jag vill också säga att det gemensamma är viktigt, som nämntes tidigare. Det handlar om gemensamma lägesbilder och gemensamt samförstånd om inriktningen och att få ihop hela sektorn ännu mer kring vad vi ska prioritera och vad som är viktigast här och nu.

Rachel De Basso, Sveriges Kommuner och Regioner: Jag är ordförande i SKR:s sjukvårdsdelegation, och till vardags är jag regionstyrelsens ordförande i Region Jönköpings län. Med mig i dag har jag Marie Morell, som är vice ordförande i sjukvårdsdelegationen och till vardags också regionstyrelseordförande i Region Östergötland.

Jag kommer nu att ge en lägesbild av var landets 21 regioner befinner sig i arbetet med att bygga upp vår robusthet och beredskap inom svensk hälso- och sjukvård när det gäller civilt försvar.

Vården har generellt en god förmåga och beredskap att hantera kriser. De som arbetar inom vården är tränade för att kunna hantera allt från stora olyckor till terroristattacker och pandemier. Det finns en god förmåga att snabbt ställa om och anpassa sina verksamheter. Det är lättare att ställa om dem än att etablera helt nya i en kritisk situation.

Under coronapandemin kunde vården på kort tid öka sin förmåga att hantera ett stort antal smittade patienter. Antalet vårdplatser kunde också anpassas utifrån uppvisat behov. Samverkan mellan regionerna är också god och förstärktes under coronapandemin.

Vi har under flera år etablerat en väl fungerande samverkan inom flera områden som snabbt kan aktiveras vid behov, till exempel avseende intensivvård. Detta kunde vi också se under coronapandemin då vi växlade upp, ställde om och ökade antalet IVA-vårdplatser resilient. Detta förhållningssätt liksom resilienta arbetssätt har regionerna med sig i händelse av krig.

Samtidigt är det viktigt att skilja på svåra kriser och krig. För att förbereda hälso- och sjukvården för ett krigsscenario krävs också andra typer av förberedelser och uppbyggnad. Vid ett krigsutbrott sätts alla delar av samhället under mycket hård press. Hälso- och sjukvårdssystemet är en del i en större helhet och är förstås beroende av att samhället runt omkring vården fungerar.

Samhällets motstånd även i krig är beroende av förmågan att upprätthålla samhällsfunktioner. Vården är beroende av robust infrastruktur, robusta elsystem, it-system, kommunikationssystem och tillgång till drivmedel, livsmedel och vatten. Detta kräver en nära samverkan mellan kommuner, regioner och statliga myndigheter, med en tydlig roll och ansvarsfördelning.

Hälso- och sjukvården bygger upp sina egna reservsystem som kan fungera under begränsade perioder, men vid ett krigsscenario kan krisen pågå betydligt

längre. Då är det avgörande att det finns hållbara system och hållbar infrastruktur.

Kommuner och regioner har förstås en central del i det civila försvaret. Alla regioner tar nu fram särskilda beredskapsplaner utifrån olika scenarier. Det handlar bland annat om att fastställa ledningsstrukturer, att utbilda personal och att se över försörjningsberedskapen. Tydliga besked om dimensionering och förväntningar är viktigt för det fortsatta arbetet.

Den planering som nu sker behöver utgå ifrån hur det faktiskt fungerar i dag och de rutiner som finns i dag. En central del handlar om att respektera ansvarsprincipen. Den som har ansvar för en verksamhet i normalläge ska också ha det vid höjd beredskap och krig.

Likhetsprincipen innebär att aktörer inte ska göra större förändringar i organisationen än vad situationen kräver. Även närhetsprincipen är viktig. Samhällsstörningar ska hanteras där de inträffar av dem som är närmast berörda och ansvariga.

Vårdens prioriteringar i krigstid behöver förtydligas. Vi – kommuner, regioner och staten – behöver ha en gemensam bild av hur vården ska arbeta med prioriteringar vid ett krigsscenario. I dag har vården samma uppdrag i krig som i fredstid när det gäller vilken vård som ska erbjudas.

För att vården ska fungera krävs läkemedel och medicintekniska produkter, och vår beredskap inom området är central, vilket inte minst pandemin visade. Förutsättningarna för lagerhållning av kritiska läkemedel påverkas dock av resurser och lager men också av rådande läkemedelslagstiftning. Regelverket medger i dag bara att regionerna får försörja sina sjukhus med läkemedel. Lagerhållningen för sjukhus omfattas också av de överenskommelser som tecknats mellan staten och SKR.

För all vård som bedrivs utanför sjukhus kan regionerna inte använda sin egen eller sin upphandlade sjukhusapoteksfunktion för att leverera och lagerhålla läkemedel. Det behövs också långsiktighet vad gäller målsättningar och finansiering för både uppbyggnad och förvaltning som möjliggör en omsättningsbar lagerhållning.

Medicintekniska produkter finns i alla delar av vården och inkluderar utrustning på sjukhus, förbrukningsmaterial, skyddsutrustning, hjälpmedel, digitala produkter med mera. Genom bredden av produkter och användningsområden finns olika strukturer, olika klassifikationer och flera sätt att lagerhålla som påverkar hur försörjningsberedskapen kan utvecklas i regionerna, och det är viktigt att uppbyggnaden av lagerhållningen sker stegvis och är långsiktig.

Det krävs planering, och det krävs övning. Denna planering måste vi – kommuner, regioner och staten – göra tillsammans. Kommuner och regioner måste i högre grad vara involverade i alla dessa förberedelser. Många kommuner och regioner upplever i dag att staten alldeles för ofta planerar åt dem och inte med dem.

Vi behöver ha en mycket tätare samverkan på alla nivåer för att det förbättrande arbete som tas fram faktiskt ska kunna vara till nytta för kommande situationer av höjd beredskap eller krig. Bygg detta i befintliga strukturer och

enligt ansvarsprincipen! Den som är ansvarig i fredstid är ansvarig i kris och krig.

Att bygga upp det civila försvaret tar tid, och detta är inte något som kommuner och regioner kan ägna sig åt i något år och sedan tro att de är klara. Det är långsiktigheten och förutsägbarheten från staten som möjliggör en hållbar och robust uppbyggnad av det civila försvaret i kommuner och regioner. Jag vill verkligen betona att det är nivån på de resurser som staten tillsätter för sjukvårdens beredskap som styr takten i uppbyggnaden.

Försvarsberedningen resonerar i sin rapport om statliga årliga kostnader på 6,5 miljarder kronor för det civila försvaret. En stor del av dessa kostnader avser kommuners och regioners verksamheter. Under 2024 avsätter staten 1,6 miljarder kronor till uppbyggnad av det civila försvaret i kommuner och regioner, inklusive det mer ordinarie beredskapsarbetet vid förhöjd beredskap under fredstid. Detta är alltså den totala summan för kommuners och regioners alla verksamheter. Vi kan konstatera att det finns ett stort gap mellan behov, förväntningar och resurser.

Jag vill även lyfta fram att samtidigt som vård ges dygnets alla timmar året om pågår också ett intensivt arbete ute i 21 regioner med att bland annat hantera den rådande ekonomiska situationen och ställa om vården så att vi kan möta framtidens behov av vård.

Vi ska fortsätta att arbeta med omställning till en god och nära vård där vi ska införa nya arbetssätt och öka kontinuiteten för patienterna. Vi ska också kunna ge en jämlik hälso- och sjukvård i hela landet, och då är kompetensförsörjningsfrågan avgörande. Vi ska även ha vårdplatser efter behov.

Avslutningsvis vill jag säga att det inte räcker att bara ha planer, utan vi måste också öva tillsammans, som flera före mig har sagt i dag. Det behöver genomföras gemensamma övningar med staten, myndigheter, Försvarsmakten, kommuner, regioner, länsstyrelser och frivilligorganisationer.

Ordföranden: Nu ska vi få lyssna till representanter från regiondirektörernas arbetsgrupp för civilt försvar. Välkomna, Emma Lennartsson och Johan von Knorring!

Emma Lennartsson, Region Stockholm: Riksdagsledamöter och övriga åhörare! Ingen kedja är starkare än sin svagaste länk. Jag är väldigt glad över att vi får prata hälso- och sjukvård här i riksdagen i dag.

Ni som är riksdagsledamöter har fattat många viktiga beslut om att rusta upp försvaret. Försvaret är dock helt beroende av sjukvården för att fungera, och försvarsviljan är helt beroende av en bra sjukvård i tider av höjd beredskap och krig. Det är alltså oerhört viktigt att ni lyfter upp dessa frågor i dag. Detta välkomnar vi verkligen från regionernas sida.

När vi nu pratar om sjukvård i höjd beredskap gör vi det utifrån nya förutsättningar, som flera av er har varit inne på tidigare. Vi gör det utifrån att Försvarsmakten behöver ett annat stöd i dag än vad den har behövt historiskt. Vi

gör det i tider av nya erfarenheter från Ukraina, som vi har fått fint redovisade här i dag. Vi gör det även utifrån de nya förutsättningar som ett svenskt Nato-medlemskap ger. Vi gör det självfallet också utifrån de erfarenheter vi har från pandemin för bara för några år sedan.

När det gäller hälso- och sjukvården och ansvarsprincipen, som Rachel var inne på, är det regionerna som har ansvar för att utföra stora delar av hälso- och sjukvården i Sverige i dag. Detta gäller i normalläge, och det gäller vid höjd beredskap och krig.

Om man ska vara lite krass kan man säga att också vi i regionerna har en tydlig ansvarsfördelning vid höjd beredskap. Oavsett hur nämndstrukturer ser ut i regionerna lyfts ansvaret över till regionstyrelsen vid höjd beredskap och krig.

För ungefär ett år sedan började vi i regiondirektörskretsen prata om hur vi ska kunna ta det ansvar vi har. Vad behöver vi för att klara av detta ansvar? Då började vi skissa på det som vi har tänkt presentera för er här i dag, nämligen en SPL, alltså hur vi i de 21 regionerna ska kunna jobba tillsammans för att både samordna, planera och leda vår gemensamma sjukvårdsförmåga vid höjd beredskap och krig. Vår tanke är att vi ska inrätta ett gemensamt kansli för att förbereda detta. Min kollega Johan von Knorring kommer snart att berätta lite mer om detta arbete.

När det gäller det som vi nu pratar om, till exempel masskadeutfall, är det inte särskilt sannolikt att detta kommer att beröra en region eller vara jämnt fördelat mellan regionerna, utan det sannolika är att vi vid höjd beredskap och krig kommer att behöva hjälpas åt och fördela den nationella sjukvårdsresursen på ett helt annat sätt mellan våra regioner. För att kunna göra detta behöver vi en struktur, och det är en del av hela syftet.

Jag lämnar nu över till Johan, som ska gå igenom de praktiska detaljerna för hur vi tänker oss att detta ska byggas upp.

Johan von Knorring, Region Uppsala: Jag tänkte bara beskriva lite kort vilket arbetsläge vi har och vad vi ser att vi behöver göra framöver.

Man kan inleda med att säga, som fortsättning på det Emma sa, att här krävs det ett systematiskt arbete. Vi är 21 regioner, och regionerna ser olika ut. Vi har olika förutsättningar på olika sätt. Inte minst skiljer vi oss åt en del när det gäller storlek och de uppdrag vi har. Men i botten finns det någon form av grunduppdrag för alla regioner att förhålla sig till.

Det här handlar om de tre steg som ni ser på bilden. Vi har skissat på en grov tidsplan, och då pratar vi år. Det är naturligtvis möjligt att skruva på det och att öka takten för att se till att få de här funktionerna och förmågorna på plats för regionerna som helhet.

Vi är medvetna om att vi pratar om hälso- och sjukvårdssystemet. Regionerna är inte den enda aktören inom det systemet men en ganska betydelsefull aktör, särskilt när det gäller den mer specialiserade sjukvården.

Vi är medvetna om det som många andra har sagt i den här talarstolen – att det kommer att krävas ett mycket djupgående samarbete med många aktörer inom hela totalförvarsutvecklingen och inom flera samhällssektorer. Vi ser initialt att vi behöver samverka väldigt mycket med Försvarsmakten och Socialstyrelsen primärt men också med andra efter det för att få koordinering i systemet.

Vi befinner oss i vår linda med den här utvecklingen, kan man säga. Vi har precis tillsatt en projektgrupp som har börjat titta på den första punkten, som handlar om samordning. På bilden här ser ni några exempel på vad det är vi direkt kan se behöver samordnas. Men man kan också tänka lite mer fritt. Vi måste kanske samordna 21 regioners sätt att planera, att krigsplanera, och göra det tillsammans med Försvarsmakten.

Just nu är vi alltså inne i en identifieringsfas. Det man kan säga mer om den här funktionen är att även om vi siktar på det allra svåraste uppdraget, det vill säga kriget, kommer det här att ge effekter också för hur vi jobbar i vardagen och vilken förmåga vi har att hantera fredstida krissituationer. Det sitter naturligtvis ihop.

Lite om projektet, då. Vi har ett projekt. Precis som Emma sa etablerar vi oss just nu i Uppsala. Vi använder hela Regionsveriges samlade kompetens för att etablera detta. Vi har 6 utpekade regioner, 1 från varje sjukvårdsregion, som vi tar avstamp i. Men samtliga 21 regioner är inblandade och stöder det här.

Just nu har vi tre stycken operationslinjer. Vi pratar mycket om att organisera oss och få det här på plats snabbt så att vi kan ta tag i frågorna som gör skillnad där ute för vår robusthet och vår förmåga att leverera det som efterfrågas.

Vi har ett projektdirektiv. Det här är min sista bild innan jag avslutar. I princip är det som jag sa: Vi är under uppstart. Vi har hög hastighet i detta. Samtliga regioner är inblandade, och så fort som möjligt kommer vi att etablera kontakter med relevanta aktörer och fortsätta försöka driva arbetet i högsta möjliga tempo.

För att sammanfatta: Vad är det vi vill göra med det här initiativet? För det första tror vi att regionerna kan bli en väldigt bra samverkanspartner i utvecklingen av ett nytt totalförvar. Det är en del, och vi blir tydliga i det. Vi har 21 regioner, men vi har ett kansli. Det är inte riktigt det läge vi haft tidigare. Då har det varit 21.

Vi tror att vi kan bidra med väldigt mycket i och med att hela konceptet baseras på den kunskap och den erfarenhet som finns inom hälso- och sjukvårdssystemet. Vi tror också att det kan bilda modell för hur regionerna ska driva, samordna, planera och leda andra funktioner som regioner också ansvarar för, till exempel kollektivtrafiktransporter. Men det får bli ett nästa steg. Just nu är det hälso- och sjukvård som är vårt fokus.

Det medför också att hastigheten i vår omställning kan ökas när vi gör saker på samma sätt. Vi koordinerar, och vi kan leverera någonting också på nationell nivå.

Det här kommer som sagt inte att ske enbart med regionerna. Regionerna har en viktig roll, men vi måste samverka.

Ordföranden: Innan vi öppnar upp för frågor ska vi avslutningsvis få lyssna på Björn Eriksson, generaldirektör på Läkemedelsverket.

Björn Eriksson, Läkemedelsverket: Ordförande! Ja, det har sagts tidigare här att det vi gör nu ger både kunskap och förmåga när det gäller hur vi ska klara påfrestningar i framtiden. Det kan vara krigstillstånd; det kan vara alla tillstånd härifrån och dit.

Den senaste tiden har vi sett att vi har en hel del mer att göra på Läkemedelsverkets område när det gäller försörjningsförmågan. Det gäller både medicinteknik och läkemedel.

Det vi försöker göra då är att skapa förståelse och kontroll för hela den värdekedja som ligger till grund för att vi kan använda mediciner eller medicinteknik. Den är komplex. Den är nästan alltid internationell. Den har många faktorer som måste bidra, och i en kris- eller krigssituation kan nästan alla delar slås ut. Det är alltså en komplex bild, och man måste ha många faktorer i huvudet när man försöker skapa en robustare försörjningsberedskap.

Vi har i uppdrag att vara beredskapsmyndighet. Vi tillhör sektorn Hälsa, vård och omsorg, som leds av Socialstyrelsen. Vi samarbetar tätt. Vi har ganska många gemensamma övningar där vi försöker dela information och framför allt skickliggöra varandra, också när det gäller att stärka beredskapsarbetet.

Vi har på Läkemedelsverket några saker som inte finns någon annanstans. Vi har ett laboratorium som kan kontrollera till exempel Försvarsmaktens lager för läkemedel, analysera och se att det är up to date. Vi har Giftinformationscentralen, som är en stor och viktig resurs när det gäller CBRN-arbetet.

Vi är också väldigt måna om att både nu och i en krissituation stärka cybersäkerheten och det arbete som görs när det gäller medicinteknik, vårdinformationssystem och digitala kontakter. Det är väldigt viktigt att skydda dem, så vi försöker arbeta med NIS 2-direktivet.

När det gäller att dra lärdom har vi ett mycket tätt samarbete med vår systemmyndighet i Ukraina. Just nu, samtidigt som de har krig och samtidigt som de väldigt framgångsrikt arbetar med sin försörjningsberedskap, bygger de om sin myndighet. De slår ihop två myndigheter för att skapa en EU-harmoniserad ny myndighet. Vi försöker dra lärdom så mycket vi kan av deras försörjningsarbete.

Det här har vi nytta av just nu. Vi försöker titta på hur till exempel behovet av svenska läkemedel ska kunna tillgodoseas på alla apotek till alla som behöver dem. Just nu lyckas vi till ungefär 93 procent. Vi ser en ökande mängd läkemedel som tar slut eller restas. Bakgrunden är komplex, men vi har i uppdrag av regeringen att försöka ta fram förslag på hur vi bättre kan hantera detta.

En grundförutsättning är att vi har en översikt och en lägesbild av hur det ser ut just nu. Finns det mediciner? Finns det nödvändig medicinteknik till sjukhusen? Har de respiratorer? Har de pacemakrar? Har de vätskor som behövs vid en masskadesituation? Kan man öka det eller inte? Alla de frågorna försöker vi hantera, och det är att skapa en nationell lägesbild.

Det här försöker vi också göra inom medicinteknikområdet, men det är ett område som i det här fallet ligger långt efter. Det är mer komplext. Det är mycket svårare att få en bild av det. Det är många fler medicintekniska produkter, och varje produkt innehåller enormt mycket mer än ett läkemedel gör.

Vi jobbar med samverkan genom att ha ett aktörsgemensamt dialogforum, ADL, där hälso- och sjukvård, patientorganisationer, apotek och industri samlas för att diskutera uppkomna problem med brister. Här är Socialstyrelsen med. Här är också andra myndigheter med, så vi försöker dela den informationen på en gång.

Det här är ett arbete som sker mycket på frivillig basis just nu. Vi vill stärka det här samarbetet, men tack vare det får vi i dagsläget god information från industrin om hur mycket produkter som finns i landet eller kommer in till landet.

Vi jobbar med nya förslag. När vi lämnar in olika regeringsuppdrag kommer vi också att lämna in nya förslag på hur vi kan stärka värdekedjan.

En sak som sjukvårdsministern nämnde var öppenvårdsapoteken och att vi nu måste börja öva för att framför allt civilbefolkningen ska ha tillgång till mediciner. Kroniskt sjuka behöver lika mycket mediciner som nu om det blir krig. Det här tänker vi öva tillsammans med öppenvårdsapoteken.

Vi är med i många organisationer som faktiskt kan stärka försörjningsberedskapen. En av dem är EU med Europeiska läkemedelsmyndigheten, som av EU fått ett utökat mandat. Man har en styrgrupp för medicinska brister, MSSG, där vi ingår, som arbetar med de europeiska bristerna. Man tittar på värdekedjan, diskuterar med alla parter och gör en handlingsplan för hur vi ska komma vidare.

Socialstyrelsen har gjort en lista på kritiska mediciner. Det har också Europeiska läkemedelsmyndigheten gjort. Tillsammans med den europeiska myndigheten för hälsoberedskap, Hera, som har skapat en allians av företag som man tycker är viktiga för försörjningen i en kris- eller krigssituation, kan vi arbeta i de här olika stegen och påverka tillverkningen så att Europa tar hem produktion av aktiva substanser och se till att alla i Europeiska unionen så fritt som möjligt får tillgång till det som finns.

Vi har också en stor nordisk samverkan. De nordiska länderna kan hjälpa varandra på många sätt. Vi har gemensamma värderingar och språk, och vi har liknande förvaltningsstrukturer som gör det väldigt lätt. Vi har lite koll på varandra och hur det ser ut.

Ett exempel är det regeringsuppdrag om produktionskapacitet som vi har redovisat. I redovisningen kan man läsa att det finns 61 fabriker eller produktionsanläggningar i Sverige för läkemedel.

Man kan också se att majoriteten av dessa 61 fabriker är positiva och säger sig kunna switcha sin produktion om behovet i samhället blir något annat. Det betyder att man i en masskadesituation kan skala upp en egen produktion av vissa kritiska intensivvårdsläkemedel. I en annan situation kan man tillverka vaccin eller antibiotika. Några enstaka produkter som vi behöver i en nödsituation skulle vi kunna göra själva.

För det här krävs ett samarbete och ett handslag eller någonting framöver som liknar det som var K-företag i en tidigare konstruktion för beredskapen. Vi får tillsammans med hela beredskapsarbetet och civilförsvaret titta på hur man kan säkra att industrierna faktiskt gör det här. Men det ser väldigt positivt ut i Sverige, och på läkemedelssidan ligger vi förhållandevis väldigt bra till. Dock ser vi att Danmark ligger ännu bättre till.

Avslutningsvis vill jag säga att här har vi någonting att bygga på. Vi har påbörjat den här resan, och vi ser fram emot ett gott samarbete framöver.

Ordföranden: Då har det blivit dags att gå in på frågor från ledamöterna. Jag vill påminna mina kära kollegor om att det är viktigt att ställa kortfattade frågor och vara kärnfull. Det är också viktigt att tala om vem eller vilka frågan är riktad till.

Jag börjar med att ge ordet till vice ordföranden i socialutskottet.

Vice ordföranden: Tack för många intressanta presentationer! Sjukvården behöver fungera i fred för att klara krig, och jag tänker att väldigt mycket av det som nu har presenterats låter bra.

Samtidigt kommer jag inte ifrån generalläkarens perspektiv. Den gnager lite grann, påminnelsen om att det kanske inte handlar om tio år utan om en månad eller ett år – förhoppningsvis aldrig.

Jag blir oroad av att se på effekterna av den nationella sjukvårdskrisen här och nu. Belägningsgraden på väldigt många av våra sjukhus är permanent 100 procent redan i dag.

Min första fråga är till sjukvårdsministern. Vad tänker regeringen i det här läget? Hur skapar vi utifrån det här en större marginal, när vi vet att både marginalen och kapaciteten så tydligt handlar om personal?

Den andra frågan är till generalläkaren. När vi pratar om fältsjukhus, hur många personer och vilka kompetenser pratar vi om på dessa fältsjukhus?

Sjukvårdsminister Acko Ankarberg Johansson (KD): Ordförande! Tack, ledamoten, för frågan!

Frågan är på intet sätt ny, utan den är skälet till att regeringen nu har gett besked om sammantaget 9 miljarder i sektorstöd till regionerna för att klara den akuta krisen som är kopplad till inflationen.

Men jag noterar att ledamoten lyfter fram, vilket är väsentligt, den mer långsiktiga frågan om vårdkapacitet. Där är det så att riksdagen sedan ett par

tre år tillbaka har tydliggjort att vi behöver öka vårddkapaciteten. Men resten av Vårdsverige från regionernas sida har inte haft samma uppfattning. Vi har haft en diskussion om vi ska göra det eller inte göra det.

Nu är vi äntligen samlade i att vi behöver göra det. Det är inte sängarna i sig det handlar om, utan det är kapaciteten för att kunna klara vården. Därför har vi en bättre situation nu när vi är överens om att det är vårddkapaciteten som behöver öka. Vi behöver hitta sätt att göra det så att vi använder resurserna klokt.

Rachel De Basso som är ordförande för sjukvårdsdelegationen nämnde just god, nära vård, som handlar om att vi ökar vårddkapaciteten samtidigt som vi bygger ut god, nära vård. Regionerna arbetar klokt och bra med den här utvecklingen, men det gäller också att regeringen fortsätter stödja. Vi har ganska många miljarder i en särskild pott för att stödja vårddkapacitetsutvecklingen, och Socialstyrelsen landade för snart ett år sedan i att landet skulle behöva någonstans runt 2 300 fler platser. Det är det vi behöver sikta på när vi tillsammans med försvaret tittar på hur vi ska planera totalförsvaret framöver. Någonstans där tror jag att bedömningen behöver landa.

Claes Ivgren, Försvarmakten: Försvarmakten har lämnat in någonting som heter ÖB-råd till Försvarsberedningen. Försvarsberedningen arbetar med analysen av det och återkommer, som vi hörde, med ett förslag.

Lite avhängigt av vad det blir för genomslag när det gäller fältsjukhusen finns det ett personalbehov. Personalbehovet i ÖB-rådet är ungefär 1 500 sett till legitimerad personal, i huvudsak läkare och sköterskor. Man kan laborera med siffrorna och vad som är uthållighet. Räcker det med en grundbesättning om 1 500, eller behöver man ha mer personal som är utbildad för att kunna ersätta den personal som var i första omgången?

När det gäller vilka former av kompetenser är det i första hand trauma-kompetens, men jag vill betona att vi inte ska tömma sjukhusen på den mest kvalificerade personalen. Vi behöver klinisk personal som är utbildad i ett antal basförfaranden i livräddning och i akut kirurgi för att kunna få patienterna genom vårt system till de kvalificerade civila vårdinrättningarna, oavsett om vi verkar nationellt eller internationellt.

Sedan är det här den spetsiga änden av spjutet när vi pratar om traumasjukvården. När vi tittar på erfarenheter från Ukraina och tidigare krig ska vi vara medvetna om att nästan 90 procent av utfallet är somatisk sjukdom. Det är vanliga sjukdomar; det är saker som drabbar människor varje dag här och nu – även soldater. Vi har också ett behov av att kunna omhänderta en stor andel psykiska problem som följd av att man utsätts för krig och krigets belastningar.

De militära sjukvårdsenheterna är alltså inte bara traumatologi, utan det är en bredare kompetenspalett. Men det är inte den mest specialiserade vården som ska bedrivas längst fram, utan där är det personal som är tränad för att lösa de militära behoven på ett första, grundläggande sätt i fältmiljö.

Thomas Ragnarsson (M): Ordförande! Jag har en fråga som skulle kunna rik-
tas till många här inne, men jag tänker att Socialstyrelsen och SKR kanske kan
ta bollen.

Det är glädjande att höra att man pratar mycket om utbildning och övning.
Vi behöver öva, för vi är inte vana vid de här stora situationerna. Det ska vi
vara väldigt tacksamma för, men vid större händelser som krig eller större kri-
ser eller katastrofer kommer det att bli väldigt många människor involverade
som normalt sett är ganska långt från verksamheten. Därför är träning jättebra.

Det man kommer att kunna träna är prioritering, organisation, styrning och
ledning, transportkedjor och kommunikation. Men jag saknar en sak, och det
är färdighetsträning för dem som är närmast patienten. Vi såg här en bild på
en docka. Ja, det är jättebra. Det går att öva vissa grundläggande saker på
dockor. Men när vi pratar till exempel akut kirurgi behöver vi färdighetsträna.

I dag har vi nog en ganska stor tilltro till vårt sjukvårdssystem – att våra
doktorer är väldigt duktiga på att operera allt möjligt. Men så är inte fallet, för
vi har gått mot specialisering inom hälso- och sjukvården. Man är väldigt spe-
cifik i det man gör, vilket gör att den klassiska allmänkirurgen är borta.

Min fråga är denna: Är vi beredda att lite grann gå back to basics inom
hälso- och sjukvården så att man som kirurg faktiskt ska kunna öppna en buk
och vara bekväm med de strukturer man möter för att stoppa blödningar? Vi
vet ju att det är ett av de skadefall som är allra störst i ett krig. Det är stora,
massiva inre blödningar. Och jag vill påstå att vi i dag saknar den kompetensen
på många sjukhus. Det är alltså min fråga. Är vi beredda att sänka ambitions-
nivån lite?

Min andra fråga, som är riktad till SKR, handlar om att vi nu ser att många
små sjukhus har svårt att upprätthålla sina jourlinjer. Vi har fått ett nytt arbets-
tidsavtal som faktiskt hotar vår välfärd. En tredjedel av våra sjukhus är väldigt
små enheter, och tyvärr är det så – det får vi leva med – att små sjukhus måste
bygga på person och inte funktion eftersom de inte har tillräckligt mycket per-
sonal.

Vi kommer denna sommar att se ett stort antal mindre sjukhus där till ex-
empel akutkirurgin inte kommer att ha öppet för att man inte klarar att upp-
rätthålla jourlinjen. Hur ser ni på det från SKR:s sida? Finns det några tankar
på att göra avsteg? Det här är som jag ser det systemhotande.

Taha Alexandersson, Socialstyrelsen: Tack för frågan!

För två år sedan lämnade vi en femårig utbildnings- och övningsplan. Ut-
över att lyfta fram vikten av att få till en god grundutbildning i katastrofmedi-
cin och säkerställa att vi har bra kursplaner för specialistutbildningar tog vi
fram väldigt tydliga kursplaner och lärandemål i det vi kallar utbildning i be-
fattning och befattningsutbildningar. Vi ser att det är den lägst hängande fruk-
ten för att kunna få upp kompetensen hos befintlig hälso- och sjukvårdsperso-
nal.

Det finns väldigt tydliga lärandemål med precis de delar som ledamoten tar upp här för att kunna omhänderta just det som är krigstraumatologi och krigssjukvård. Sedan är det upp till regionerna och hälso- och sjukvården att säkerställa att den personal man har utbildas utifrån de här kursplanerna.

Olivia Wigzell, Socialstyrelsen: Det bredare perspektivet på frågan handlade om hur vi använder kompetensen.

Som ledamoten nämnde har vi ett otroligt specialiserat system med basspecialiteter, grenspecialiteter med mera. Socialstyrelsen konstaterar i sitt senaste nationella planeringsstöd, där vi gör prognoser och tittar på behov av och tillgång på personal, att vi kommer att behöva titta mycket mer flexibelt på hur vi använder den samlade kompetensen. Där kan det ingå nya, mer flexibla arbetssätt, och vi kan se om man kan jobba utifrån ett bredare perspektiv med kompetens.

Just nu är det ingen översyn på gång av de olika specialitetsinriktningarna för till exempel läkare eller andra professioner som har det. Däremot kan man inom ramen för det jobba betydligt mer innovativt och på nya sätt för att använda kompetensen bättre.

Rachel De Basso, Sveriges Kommuner och Regioner: Tack, ledamoten, för två riktigt bra och aktuella frågor!

Som jag sa i mitt anförande beslutar nu regionerna runt om i landet om strategiska beredskapsplaner. I vår beredskapsplan har vi i Region Jönköpings län lagt in att vi behöver arbeta mer med övning och träning kopplat till katastrofsituationer. Det är också något som sker löpande runt om i regionerna – att hela tiden upprätthålla utbildningsinsatser och övningstillfällen.

Under pandemin fick utbildningstillfällena tyvärr stå tillbaka. Det tog Olivia också upp. Nu är man i ett annat läge, och det ska ske utbildningar och övningar med katastrofmedicinskt innehåll.

Förra året var det också Auroraövningar runt om i landet, där Sveriges regioner i varierande mängd var med vid olika övningstillfällen med Försvarsmakten. Olika delar av samhällets funktioner var med och bidrog i den övningsinsatsen. Men vi behöver öva betydligt mer och mer gemensamt med olika aktörer.

Ledamotens andra fråga kopplad till AB § 13 eller arbetskyddsdirektivet är en högst aktuell fråga som vi på Sveriges Kommuner och Regioner arbetar aktivt med. Det är i grund och botten en skyddslagstiftning för att de anställda ska ha en bra arbetsmiljö och få möjlighet till återhämtning. Det varierar hur implementeringen av den runt om i landet har gått.

Det finns också en nämnd uppstartad där man kan ansöka om dispenser, och den nämnden arbetar nu aktivt med att hantera olika ansökningar.

Dan Hovskär (KD): Tack för många intressanta och bra föredragningar! Jag har två frågor.

Min första fråga går till sjukvårdsminister Acko Ankarberg Johansson. Vi ser ofta att det blir rest- och bristsituationer kring flera vanliga läkemedel. Hur tänker ni förebygga detta, och vad gör regeringen i den frågan?

Sedan en fråga till Läkemedelsverket och Björn Eriksson. Läkemedelsverket har nyligen fått två uppdrag av regeringen att genom aktörsgemensam samverkan och övning stärka öppenvårdsapotekens beredskap, som du också nämnde. Kan du beskriva dagsläget gällande öppenvårdsapotekens beredskap lite mer? Vilka förslag tänker Läkemedelsverket skulle kunna föreslås som en del i uppdraget att stärka beredskapen? Och vet ni i så fall var vi i dag har de största utmaningarna kring detta i en krigssituation?

Sjukvårdsminister Acko Ankarberg Johansson (KD): Tack så mycket ordförande! Tack, ledamoten för frågan!

När det gäller rest- och bristsituationer är det i dagsläget någonstans runt 7–8 procent av alla förpackningar som är rest- eller bristnoterade, och för varje patient som blir utan sitt läkemedel är det en stor sak. Några av oss kan få ett utbyte, någonting annat som fungerar, men för väldigt många patienter är det precis det läkemedlet man behöver. Ska man sätta in ett annat kan det ta sex sju månader innan effekten blir som den ska, så för många patienter är utbyte inte heller någon liten sak. Därför är det nödvändigt att vi har tillgång till de läkemedel vi behöver.

Det är inte så att länder – att vi har brist på läkemedel är ju ett europeiskt problem – har glömt beställa hem läkemedel. Det handlar om att de inte har producerats för att det saknas substanser, för att det finns problem i värdekedjan när man ska skicka dem mellan sig och när de ska sättas samman i fabriken eller för att något annat har hänt som gör att man inte kan producera just då.

Detta innebär att det är angeläget att vi i god tid vet om det finns risk för en rest- eller bristsituation så att vi hinner ge information till läkaren som förskriver så att denne i god tid hinner informera sin patient och kanske kan hitta ett alternativ. Det är därför vi har vidtagit åtgärder bland annat genom den proposition som riksdagen har beslutat om, som innebär högre krav på information så att vi i god tid vet vad som händer.

Men vi behöver göra många andra saker. En viktig del är förstas den reformerade lagstiftningen på europeisk nivå som vi nu från svensk sida arbetar gemensamt med i riksdag och regering för att vi gemensamt ska åstadkomma en bättre konkurrenskraft. Bolagen väljer nämligen inte alltid Europa som sin marknad, utan man väljer USA eller Asien. Detta innebär att konkurrenskraften i EU måste stärkas och att vi behöver se över många delar i lagstiftningen så att vi inte blir bortvalda.

En del har handlat om dataskyddstiden och en del om regulatoriska processer. Uppfattningen är att man inte kan försämra dataskyddstiden. Då kommer EU och därmed också Sverige som land att väljas bort. Vi måste alltså

behålla den, men det räcker inte med det. Vi måste förstärka EU:s konkurrenskraft och inte bara vidmakthålla det system vi har i dag utan också förbättra det på många olika sätt. Detta är alltså ett viktigt uppdrag som vi har att gemensamt arbeta med: Hur hittar vi bäst sätt att stärka konkurrenskraften?

Det vi gör på hemmaplan är, förutom den lagstiftning vi redan har påbörjat och som har trätt i kraft, att få bättre lägesbilder så att förskrivare i god tid vet hur restsituationen ser ut och vad som kan göras för patienten. Bättre samverkan kanske på kort sikt kan leda till att vi får en bättre situation.

De långsiktiga frågorna handlar, tror jag, om läkemedelslagstiftningen och om konkurrenskraften för EU, och där behöver vi vidta många åtgärder för att vi ska bli intressanta för bolagen så att de både vill ha kliniska prövningar hos oss och sedan vill sätta sina produkter på marknaden. Då måste de också användas av vården, och då kan de komma patienterna till del. Vi har alltså mycket att göra gemensamt.

Björn Eriksson, Läkemedelsverket: Tack så mycket för frågan! Den gällde vad öppenvårdsapoteken behöver stärka, hur vi behöver öva tillsammans och vilka kriterier som gäller. Man kan säga att det är ett jättestort steg att öva, kanske det största och viktigaste.

Vi kommer att fokusera på kommunikation. Hur ska man kunna kommunicera mellan varandra – mellan apotek, mellan apotek och industri och mellan apotek och sjukvård – i en krissituation? Vad finns det för reservsystem? Hur ska detta fungera?

Vi tittar på vilken kompetens som måste finnas på de olika apoteken i en krissituation. Det måste finnas kompetens att hantera läkemedel på ett sätt som man inte gör normalt sett, och då kommer vi till reservsystem. Man måste kunna expediera läkemedel till exempel när elektriciteten inte fungerar. Receptförskrivning och så vidare måste alltså kunna fungera i reservsystem.

Det andra är redistribution av de lager man har, där man kan behöva dela med andra. Har en masskadehändelse skett någonstans måste andra delar kunna bidra på ett snabbt och smidigt sätt.

Och så måste det finnas utrymme inom hälso- och sjukvården och bland apoteken för att kunna tillhandahålla ett väldigt brett sortiment. Det är väl detta de första stegen kommer att inriktas mot.

Jakob Olofsgård (L): Även jag vill tacka er som har bidragit med föredragningar i dag. Det är en ynnest att få sitta och lyssna på denna samlade kompetens och såklart oerhört värdefullt för oss i utskottet.

Vi fick höra väldigt samstämmigt, framför allt från Försvarsmakten, att det är viktigt med personal i händelse av krig. Svensk sjukvård har ju redan i dag svårt att bemanna i vardagslunken och under semestertid. Under pandemin uträttades stordåd, det vill säga man lyckades möta det tryck som uppstod. Det gjorde man bland mycket annat genom att konvertera kirurgiska vårdplatser

till intensivvårdspplatser. Det kommer att behövas att man på detta sätt tänker lite mer utanför boxen i händelse av kris eller krig.

Därför blir min fråga till, tror jag, sjukvårdsministern, som möjligtvis får passa den vidare till någon lämplig myndighet om du finner det lämpligt: Finns det planer upprättade för hur till exempel veterinärer eller tandläkare skulle kunna snabbutbildas i händelse av krig eller kris, i brist på yrkeskunnig personal?

Sjukvårdsminister Acko Ankarberg Johansson (KD): Ja, det finns som sagt ganska många planer från Socialstyrelsens sida för hur man ska hantera detta. De gäller inte veterinärer, tror jag, men tandläkare är förstås en del av hälso- och sjukvården. Det handlar om att använda all tillgänglig personal på det bästa sättet.

Det som vi kanske framför allt behöver ha är en – vad ska jag säga? – mental diskussion. Man behöver känna efter. Hur blir det i en helt annan situation, om vi skulle stå inför masskadehändelser? Hur ska vi börja prioritera i sjukvården? Hur ska vi använda våra resurser?

Det är därför övningarna är så bra, för då ställs vi inför stora panoramor. Hur blir det här? Hur gör vi? Det är av dem vi lär oss. Jag är glad över alla regioner som redan är igång med övningar på olika sätt. Vi lär av dem och skickar tillbaka. Vi har redan planer; de är nödvändiga, för annars vet vi inte vart vi ska. Men vi kommer också att kunna revidera dem utifrån de lärdomar vi drar vid övningarna. Om ett år tror jag att vi har gjort justeringar utifrån de övningar som har genomförts och mot bakgrund av det som vi behöver göra mer.

Jag tror att Socialstyrelsen kan bidra med hur man ser på kompetenser.

Olivia Wigzell, Socialstyrelsen: Det har inom ramen för ett regeringsuppdrag tagits fram ett stöd för surge capacity, som det heter. Där finns ett verktyg som heter Plus, som omfattar personal, lokaler, utrustning och styrning; det är ett metodstöd för hur man ökar kapaciteten. När det gäller personal nämns en rad exempel på hur man kan skala upp tillgången till kompetens.

Under 2024 har Socialstyrelsen också ett arbete för att stödja användningen av detta metodstöd och gå igenom de olika områdena – kompetens, styrning, utrustning och lokaler. Detta är ett internationellt verktyg som vi testar. Man kan utifrån alla de här exemplen – jag ska inte läsa upp dem nu – konstatera att det finns väldigt mycket man kan göra för att bygga kapacitet även när det gäller tillgång till personal.

Hanna Gunnarsson (V): Jag är ledamot av försvarsutskottet. Det är väldigt bra av socialutskottet att arrangera den här förmiddagen, med väldigt intressanta föredragningar. Jag tycker att de, även för mig som sitter i Försvarsberedningen, gav lite nya tankar och idéer.

Jag skulle först vilja säga att det som vi inte har i fred har vi inte heller i kris och krig. Väldigt mycket behöver göras på detta område, där vi ser att vi redan i vardagen i dag har en verksamhet som kanske inte fungerar så som man vill att den ska fungera. Man blir lite mörkrädd när man lyssnar och tänker lite på hur det ser ut.

Jag har några lite konkreta frågor. Först skulle jag vilja säga att det också är väldigt intressant att höra om detta med det allmänna hälsoläget. Vi har diskuterat det i Försvarsberedningen. Hur får vi en befolkning som mår bättre överlag för att man ska kunna klara av olika kriser i sitt liv och i samhället? Och hur ska vi kunna bemanna den militära verksamheten med personer som klarar av det arbetet?

Jag har några frågor. Jag har vid studiebesök fått veta en del om journaler och läkemedelsförvaring, kanske framför allt i krig men även vid större övningar. Om någon skulle vilja ta den bollen vill jag gärna höra om detta.

Jag har också en fråga som blir lite luddig eftersom sjukvård inte är mitt område. Vi har ju värnpliktiga som får en hel del sjukvårdsutbildning men som inte är legitimerad personal, kanske framför allt värnpliktiga med sjukvårdsutbildning i olika former av jägarförband, som kanske har långa, ganska komplicerade övningar. Hur fungerar det när man inte är legitimerad men ändå kanske hanterar läkemedel?

Ett förtydligande när det gäller den första frågan om journal och läkemedel: I kristid kan journalhantering vara lite meckigt. Det är ganska digitaliserat, och det kan också gå snabbt och råda speciella förutsättningar. Det är lite detta jag tänker på.

Sjukvårdsminister Acko Ankarberg Johansson (KD): Vi är ju inte glada över att vi drabbas av cyberangrepp, men det gör vi. Jag vill säga att regionerna hanterar journalföring galant trots cyberangrepp. Då hanterar man det pappersvägen, och det har hittills inte visat sig att det medför några patientrisker. Detta övar de på alldeles för ofta i dagsläget. Vi får cyberangrepp och behöver träna på detta.

Där finns erfarenheterna från Ukraina, som blixtnabbt ställde om till nya digitala system. Vi lyssnar och lär alltså, både när det gäller normal journalhantering och läkemedel, för att få veta hur man bäst gör.

Jag är alltså inte så oroad där. När det gäller läkemedelshanteringen i övrigt tror jag att Björn Eriksson bäst svarar.

Olivia Wigzell, Socialstyrelsen: Ordförande! Regionernas representanter här i dag nämnde också det pågående arbetet med kontinuitetsplanering och kontinuitetsshantering. Inom ramen för detta handlar det just om att titta på vad som händer när de digitala lösningarna går ned och elektroniken inte fungerar. Det gäller till exempel läkemedelsskåp och digitala journaler. Man ska planera för hur man arbetar analogt i stället, så detta ryms inom ramen för det arbetet; strukturen finns.

Dessutom finns det Natokrav på att vi ska kunna klara den typen av kontinuitet i verksamheten, även när det digitala går ned, och ha förmåga att använda till exempel papperslösningar. Jag skulle alltså säga att det finns både planering och, som statsrådet sa, övning på detta område.

Björn Eriksson, Läkemedelsverket: När det gäller hantering och sådant vill jag bara säga något kort; jag tror att generalläkaren är bäst på detta. Legitimerad personal kommer till exempel att behöva hantera läkemedel. Där kommer olika former av delegationer i en kris- eller krigssituation. Det är allt jag kan säga. Detta finns bättre beskrivet i det militära än i det civila samhället. Vi vill försöka bibehålla den struktur vi har så länge det bara går.

Marie Morell, Sveriges Kommuner och Regioner: När det gäller journaler har både sjukvårdsministern och andra svarat att vi har rutiner. Det händer tyvärr mellan varven, även just nu, att våra journalsystem slutar fungera i vissa sammanhang.

Något som dock kan vara ett visst dilemma – det kanske inte rör just krigsdelen men blir en bieffekt gentemot det civila samhället – är att det i dag inte är tillåtet att förskriva läkemedel på annat sätt än digitalt. Vi har mig veterligen inte längre rätt att använda de gula receptlapparna på det sättet. Vi måste alltså också tänka på hur vi ger möjlighet att använda manuella system för detta.

Johan Waller, Sveriges Apoteksförening: När det gäller information om läkemedel från förskrivning till expedition på apotek är vi otroligt beroende av den digitala infrastruktur som vi har i dag. Det kan låta som att vi bara kan gå över till att skriva gula lappar, men det har gått lite för långt för det. Vi ser därför väldigt mycket fram emot att öva ihop med Läkemedelsverket för att se hur vi ska kunna hantera det. Att bara gå över till gula lappar igen funkar inte. Vi har passerat det stadiet. Vi behöver andra lösningar som bygger på att vi kan få bra information genom hela kedjan.

Claes Ivgren, Försvarmakten: Som gd:n för Läkemedelsverket sa har vi ett utvecklat system för delegeringar som bygger på hälso- och sjukvårdslagstiftningen i fred, där det finns en utarbetad delegeringsordning.

Men det finns också ett arbete som går ut på att se över hälso- och sjukvårdslagstiftningens bitar, som leds av Gunnar Karlson. Med Natomedlemskapet kommer nämligen ett antal saker, framför allt kopplat till icke legitimerad personal. Det är problemställningar som uppstår när andra nationers sjukvårdsförmåga dyker upp i Sverige, som inte har samma grunder som vår och där icke legitimerad personal har andra befogenheter än vad vi normalt ser i Sverige. Här kommer det att komma förslag till förändringar när utredningen är klar.

När det gäller journalsystemet ställer Nato gentemot Försvarsmakten krav på att vi ska ha ett fungerande digitalt journalsystem. Det handlar om att vi inte kommer att vårda bara våra egna, utan vi ska kunna vårda även andra nationers soldater. Då måste detta kunna dokumenteras.

Till detta kommer ett tydligt krav på kapacitet när det gäller patientspårning. Om vi har 400–500 patienter som flödar genom Sverige måste vi hålla koll på vilken patient vi har var, i vilken del av strukturen, och när.

Mikael Dahlgvist (S): Ordförande! Stort tack för en intressant förmiddag! Min fråga går till SKR. Det gäller den pågående sjukhuskrisen och hur den påverkar SKR:s möjligheter till fortsatt planering inför kris och beredskap. Jag tänker närmast på den ekonomiska situationen, med varsel och hotande uppsägningar. Hur har den effekt på er planering just nu, och vad kommer den att få för effekter på SKR:s förmåga på sikt?

Marie Morell, Sveriges Kommuner och Regioner: Som företrädare för en av de regioner som har genomfört ett varsel tänker jag att jag kanske får ta den frågan. I alla de situationer vi står i, oavsett om vi har en ekonomisk kris, en pandemi eller något annat, prioriterar vi alltid patientsäkerhet och de andra delarna.

Jag kan prata utifrån Östergötlands speciella situation och berätta att vi också har gjort en tydlig prioritering, där vårdplatser och operationskapacitet men också samverkan med andra aktörer är det som vi prioriterar högst och där varsel inte ska påverka. Detta är naturligtvis ett val vi måste göra hela tiden.

Men vi har också ett ansvar att se till att vi har en verksamhet som är fungerande även i andra situationer. Därför måste vi vidta en mängd åtgärder, men självklart gör vi en prioritering och ser till att de viktiga funktionerna upprätthålls.

Rachel De Basso, Sveriges Kommuner och Regioner: Det är en aktuell fråga som ledamoten ställer. Från SKR:s håll arbetar vi aktivt med att se till att vi ska kunna stödja 21 regioner i uppbyggnaden av det civila försvaret. Det är en prioriterad fråga för Sveriges Kommuner och Regioner att arbeta med. Vi har också tillsatt en egen beredning som följer detta arbete på övergripande nivå – inte bara inom hälso- och sjukvården.

Regionerna jobbar precis som jag nämnde i mitt anförande utifrån att man ska ha ett resilient system – att man hela tiden ska bedriva arbetet utifrån de förutsättningar man har. Här behöver staten ange vilken takt vi ute i regionerna ska ha i uppbyggnaden av vårt civila försvar genom de stöd som vi får från staten. Det finns ett gap i förväntningarna från staten men också när det gäller den takt som regionerna kan ha i uppbyggnaden.

Det vi efterfrågar i dag att är vi behöver ha tätare dialog. Vi behöver träna och öva mer. Vi behöver prata mer, och vi behöver jobba mer tillsammans.

Det är SKR:s tydliga medskick i dag att vi vill jobba ihop i den här frågan, kroka arm.

Johan Hultberg (M): Ordförande! Tack till alla som har kommit och bidragit med sin viktiga kunskap här i dag!

För 20 år sedan gjorde jag själv värnplikten som sjukvårdsgruppchef och kan konstatera att säkerhetsläget sedan dess har försämrats dramatiskt. Försvarsberedningen säger att ett väpnat angrepp inte kan uteslutas och att det brådskar att rusta upp både det militära och det civila försvaret.

Det är en lång resa vi har att göra. Frågan om personalförsörjning har återkommande stått i fokus i dag – det är detta som i mycket hög grad är den begränsande faktorn för vår möjlighet att växla upp sjukvårdens förmåga att hantera en ökad inströmning av patienter. Det handlar om att krig behöver vara dimensionerande och att antalet vårdplatser då behöver kunna fördubblas.

Bland annat nämndes behovet av att all hälso- och sjukvårdspersonal har förmåga att jobba med trauma och har grundläggande generella kunskaper. Detta blir ett viktigt arbete för regionerna att göra tillsammans med Socialstyrelsen.

Men jag skulle också vilja lyfta frågan om den personalreserv som vi ändå har. Vi har ju legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, inte minst sjuksköterskor, i tusental – över 14 000 – som inte jobbar inom regionerna. Hur kan vi förbereda dem för att kliva in och utföra viktigt arbete inom hälso- och sjukvården? Har Socialstyrelsen ordentlig koll på var de här personerna befinner sig i dag? Vi har tack och lov alla dessa legitimerade, så vi har goda register. Men tittar Socialstyrelsen till exempel på möjligheten att göra riktade utbildningsinsatser gentemot de här grupperna? Det behövs generella utbildningsinsatser mot dem som jobbar kliniskt i dag.

Jag tänker också att det är särskilt viktigt att vi håller all den personal som i dag inte jobbar inom hälso- och sjukvården ajour så att de snabbt kan kliva in och bidra till att växla upp hälso- och sjukvården. Parallellt är det naturligtvis jätteviktigt för regionerna att försöka locka tillbaka många av dessa medarbetare till vården för att också höja vår kapacitet nu i fredstid.

Detta är en fråga främst till Socialstyrelsen men kanske även till SKR.

Taha Alexandersson, Socialstyrelsen: Jag håller helt med om att vi inte bara kan fokusera på den befintliga personalen. Inom ramen för sektorsarbetet handlar det inte bara om myndigheter, regioner och kommuner och det privata näringslivet utan också om frivilliga organisationer.

Vi har en tät dialog med bland annat Röda Korset, som vi ser som den frivilliga försvarsorganisation som ligger närmast hälso- och sjukvården. Det handlar både om att se var Röda Korset kan täcka upp underifrån så att den specialiserade personalen kan få påbyggnad med lite ytterligare utbildning för ett mer kvalificerat omhändertagande och om att titta på den reserv som kan finnas hos frivilligorganisationer.

Vi har också fått väldigt goda lärdomar av Röda Korsets erfarenheter från Ukraina. Att vara en frivillig person betyder inte att du är det på heltid. Det kan handla om individer som jobbar med sitt vanliga jobb på dagtid och sedan på kvällstid kommer och stöttar upp i sin frivilligposition. Man kan alltså inte bara kategorisera det som dels den offentliga, dels den frivilliga verksamheten, utan det handlar om att få till ett flöde och en planering för detta.

När det sedan handlar om andra typer av resurser, till exempel pensionerad personal, har vi inte något systematiskt arbete som pågår just nu. Däremot tittar vi även där på en långsiktigt hållbar personalförsörjning av det civila försvaret. Den utredningen behandlar olika delar, bland annat civilplikt. Man börjar titta på civilplikten för den personal som inte är i tjänst inom hälso- och sjukvården just nu. Hur gör vi en god planering? Den utredningen pågår just nu, och vi för dialog med den.

Olivia Wigzell, Socialstyrelsen: Vi kan lägga till att ett förslag i det verktyg som vi tidigare nämnde är att man på regional nivå upprättar register över personal som kan mobiliseras, vilket finns i andra sektorer än hälso- och sjukvårdssektorn. Precis som konstaterats här är detta en jätteviktig resurs. Man kan kanske också ha förteckningar över vilka deltidsarbetande som kan gå upp till heltid, vilken administrativ personal som kan gå över till vårdarbete och vilka som kan vara lämpliga att tränas i andra vårduppgifter än de normalt sett arbetar med.

Det finns alltså en mängd förslag på hur man kan öka skrivbordsberedskapen genom att ha dessa förteckningar och koll på var man kan hämta in resurser i en akut situation.

Marie Morell, Sveriges Kommuner och Regioner: Jag instämmer i det som redovisas från Socialstyrelsen. Vi såg till exempel under pandemin att vaccinationsarbetet runt om i våra regioner till väldigt stor del bedrevs av våra pensionerade sjuksköterskor, som gjorde detta som ett extraarbete efter att de slutat sitt ordinarie arbete och gått i pension.

Vi ser också att vi, som nämndes tidigare här, har många som i dag arbetar deltid, både sjuksköterskor och läkare. Det finns alltså en stor resurs bland de individer som är anställda redan i dag, som skulle kunna lägga ytterligare tid.

En fråga som kom under pandemin är också hur vi kan nyttja de privata aktörer som finns och som vi har avtal med och vilka tydliga möjligheter man har att få in dem i den ordinarie strukturen. Det är en fråga som vi behöver adressera.

Men det är viktigt att också komma ihåg att det inte bara handlar om att ha en utbildning. Det är väl många av oss som har en utbildning som har några år på nacken vid det här laget och kanske inte känner att vi kan gå direkt in och vara verksamma i professionen. Detta måste vi naturligtvis också ta hänsyn till och anpassa de arbetsuppgifter man i så fall skulle ha. Patientsäkerhet måste råda även i denna typ av sammanhang; det är viktigt.

Det är som sagt bra att följa detta. Många av de sjuksköterskor som nämns arbetar också inom andra viktiga områden, till exempel läkemedelsindustri, apotek och många andra områden som ändå har koppling till hälso- och sjukvården. När man tittar på den typen av statistik ser man att det inte är så många som har slutat helt i sektorn, utan de finns i sektorsnära verksamheter och kan också vara relevanta och viktiga att ha tillgång till i en krissituation. Man får inte glömma bort det.

Nadja Awad (V): Ordförande! Tack allihop för dragningarna – det har varit väldigt intressant.

För att stärka samhällets krisberedskap och det civila försvaret är det väldigt tydligt att alla aktörer inom vården behöver rusta upp. Det har tydligt redogjorts för läget för de offentliga utförarna, men min fråga är vad som gäller för de privata utförarna i det så kallade valfrihetssystem som vi ändå har. Min fråga till framför allt sjukvårdsministern men också andra berörda är: Hur kan man samordna detta väldigt viktiga arbete som behöver göras nu tillsammans med de privata utförarna, framför allt vårdgivare? Har vi tillräcklig eller bristande lagstiftning, tydliga riktlinjer och rekommendationer och så vidare?

Marcus Wennerström (S): Jag ska försöka fatta mig kort. MSB nämnde CER-direktivet. Jag saknar också inlägg om LEH-utredningen, som jag tänker borde påverka förutsättningarna för regionernas arbete framåt. Jag tänkte höra med regionerna eller MSB hur de ser på detta och hur arbetet ser ut för att förbereda regionerna för vad CER-direktivet och en eventuell LEH-utrednings resultat kommer att innebära.

Jag har en andra kort fråga som jag hade tänkt ställa till statsrådet, men han verkar ha något viktigare. Generalläkaren var inne på regional prioritering. Vi har i Sverige olika förutsättningar och olika roller att fylla utifrån försvarsperspektivet. Men jag har inte riktigt snappat upp att någon annan pratat om detta. Hur ser planeringen ut för till exempel Gotland och norra Sverige? Resurserna kan inte bara delas lika, så att säga. Hur kommer detta att se ut? Är det något som NSPL kommer att täcka, eller är det någon annan som tar den bollen?

Sjukvårdsminister Acko Ankarberg Johansson (KD): Statssekreteraren från Försvarsdepartementet har lämnat oss, men ett litet svar på den senaste ledamotens fråga är att vi arbetar gemensamt med den frågan. Jag kommer dock inte att kunna berätta i detalj vad vi gör, för då tappar vi syftet med den planering vi gör för att skapa beredskap på de ställen där det finns störst behov av detta. Men det pågår, och det är en del av det arbete vi gör gemensamt från alla sektorer. Jag vill också understryka det som Rachel De Basso från SKR säger: Det är viktigt att vi gör detta gemensamt och att vi hittar en bra samverkan.

Låt mig svara på frågan om privata företag. Det framgår exempelvis av lagstiftningen om valfrihetssystem att en av de saker man bör skriva in är

beredskap. Frågan äger man helt och hållet ute i verksamheterna. Man bör skriva in hur man ska hantera beredskap och många andra krisfrågor med varenda utförare man har – inte bara med egenregin utan med alla privata. Det framgår av lagstiftningen att den möjligheten finns, men frågan ägs helt och hållet av varje region och varje utförare. Jag rekommenderar starkt att man gör detta. Det är besvärande att man låter bli att göra det, vill jag säga.

Annika Elmgart, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap: Kopplat till CER och NIS kan man säga att CER inte är riktigt klart än, men att förberedelserna för att implementera den pågår. Jag skulle snarare vilja trycka på vikten av att när man i Sverige ska implementera både NIS 2 och CER och gör det tillsammans kan det bli väldigt kraftfullt om det gäller som *en* beredskapslagstiftning. Det är verkligen ett tillfälle man kan ta i akt.

Vad gäller LEH-utredningen är den väldigt viktig, och vi ser verkligen fram emot den. Men det är samma sak där – den är inte klar förrän i höst. Än så länge väntar vi alltså på vad den ska komma fram till och hur vi ska ta den vidare.

Ordföranden: Tack så mycket! Det är dags för oss att runda av. Ordet går avslutningsvis till vice ordförande Fredrik Lundh Sammeli.

Vice ordföranden: Jag tror inte att jag var den enda när jag som liten bläddrade i telefonkatalogens bakre kapitel *Om kriget kommer* med både spänning och lite obehag. I den norrländska by där jag växte upp på 80-talet var totalförsvaret väldigt närvarande. Bergen runt omkring innehöll ledningscentraler och depåer. Nästan alla män i byn var med i hemvärnet och skulle försvara oss, och i byskolan fanns det där skyddsrummet som alla hade koll på. Själv kände jag mig jättestygg. Min mamma var sjuksköterska, och jag skulle vara på ett sjukhus som man inte kunde bomba, för sådana var krigets lagar då.

Min bild är att även om det var en kall och rätt mörk tid fanns ändå en ganska stor trygghet hos människor. Tilltron var stark till att samhället skulle finnas där och kunna backa upp om det värsta hände. Sedan vet vi att det blev bra mycket ljusare tider under lång tid. I dag är vi tillbaka i en mer orolig tid.

Jag är jätteglad över att vi fått möjlighet att ha den här hearingen, för vi behöver diskutera hur vi stärker vår försvarsförmåga i ett militärt perspektiv. Men det är också helt avgörande, som många har pekat på i dag, att det civila samhället fungerar – inte minst hälso- och sjukvården. Det handlar om samhällets men också den enskilda soldatens tro och vilja att göra en insats.

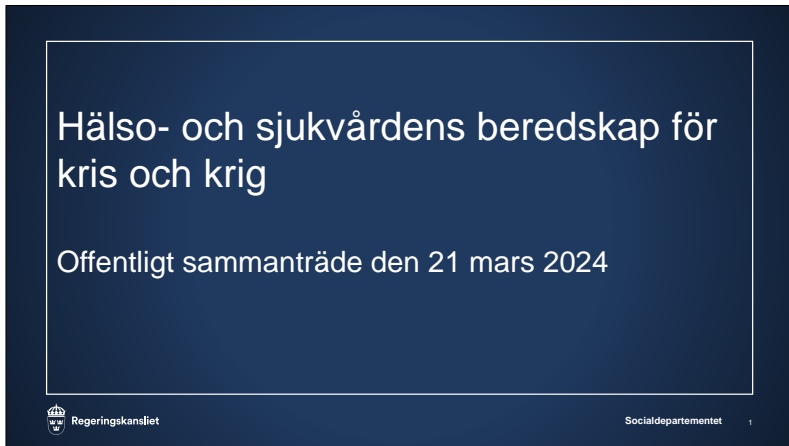
Tack för alla era bidrag! Era olika perspektiv är för oss som lagstiftare otroligt viktiga att ta med oss i vårt arbete. Alla ni som här på plats eller digitalt har följt denna hearing – vi har tillsammans ett viktigt arbete att göra för att stärka det civila försvaret och krisberedskapen inom hälso- och sjukvården.

Tack för i dag!

BILAGA

Presentationer

Bilder som visades av Socialdepartementet



- Förmågan att hantera masskadeutfall är ett prioriterat område i det pågående arbetet i Sverige och även en av de förmågor som Nato har identifierat för det kollektiva försvaret.
- Sveriges förmåga att hantera krig och andra masskadeutfall förbättras successivt.
- En fungerande sjukvård i fred är en förutsättning för en fungerande sjukvård i krig.

- Kompetensförsörjningen inom sjukvården fungerar inte tillräckligt bra och vårdkapaciteten behöver öka.
- Ett komplext utgångsläge inom vården försvårar situationen. Nästan alla regioner budgeterar för underskott och flera regioner har varslat medarbetare.

Nya uppdrag inför 2024 till myndigheterna

Uppdragen omfattar bl.a. följande:

- aktörsgemensam övningsverksamhet för att **stärka öppenvårdsapotekens beredskap**,
- bidrag till regionerna för arbete med skyddade utrymmen avsedda för hälso- och sjukvård,
- samordning av **utbildningar** som syftar till att stärka hälso- och sjukvårdens beredskap för masskadehändelser samt **kunskapsunderlag** som beskriver den civila hälso- och sjukvårdens roll i totalförsvaret med anledning av ett svenskt medlemskap i Nato,
- en **försörjningsanalys** avseende samhällets behov av och tillgång till sjukvårdsprodukter m.m.,
- analys av förutsättningar för ökad insamling av blodplasma som råvara för läkemedelsframställning,
- förberedelser för framtagandet av en **nationell lägesbild över tillgången till läkemedel**,
- utveckla och uppdatera **nyckeltalsberäkningar** och **dimensionerande målbilder** för hälso- och sjukvården,
- **inköp av sjukvårdsprodukter** som behövs för traumavård och CBRN-utrustning till statliga säkerhetslager, och
- kartläggning av resurser för **sjuktransporter** och förslag till plan för nationell samordning vid kris och krig.

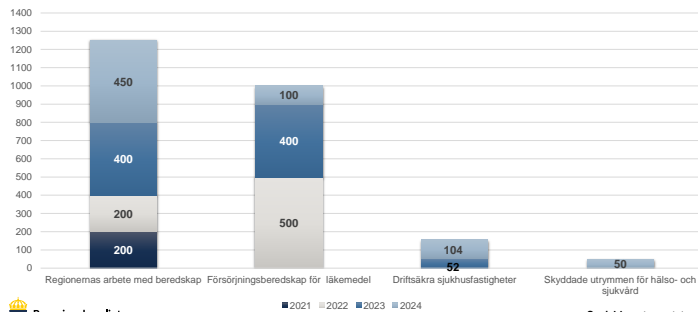
Statens bidrag till regioner och kommuner för hälso- och sjukvårdens beredskap

Satsning på regionerna 2024: 704 miljoner kronor

- 450 miljoner kronor för regionernas arbete med hälso- och sjukvårdens beredskap
- 104 miljoner kronor att höja driftsäkerheten på hälso- och sjukvårdens fastigheter
- 100 miljoner kronor i överenskommelse mellan staten och SKR om försörjningsberedskap för läkemedel 2024
- 50 miljoner kronor för arbete med skyddade utrymmen avsedda för hälso- och sjukvård

Satsning på kommunerna 2024: 300 miljoner kronor

Bidrag till regionerna för hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar 2021- 2024



Kraftsamling - Inriktningen av totalförsvaret och utformningen av det civila försvaret (Ds 2023:34)

Försvarsberedningen konstaterar:

- Erfarenheter från Ukraina visar att normala vårdprinciper är svåra att upprätthålla i krig.
- Sjukhus, mindre vårdinrättningar och sjukvårdstransporter, har målmedvetet angripits av Ryssland.

Försvarsberedningen gör bl.a. följande bedömningar om hälso- och sjukvården:

- Förmågan att uthålligt öka antalet vårdplatser för akutkirurgi och intensivvård, är den enskilt viktigaste för hälso- och sjukvården vid höjd beredskap och krig.
- Regionerna ska vid krig kunna dubblera antalet fysiska vårdplatser jämfört med fredstid.
- Sjukvården behöver förberedas och övas.

- Det krävs en nära samverkan mellan den regionala och kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen.
- Förebyggande hälsovård är viktig vid höjd beredskap och krig, t.ex. vaccinationsprogram och mödra- och barnhälsovård.
- Samverkan mellan militär verksamhet och civil sjukvård behöver etableras.
- Pågående arbetet med att stärka försörjningsberedskapen för sjukvårdsprodukter bör fortsätta.
- Det finns behov av särskilda beredskapssjukhus.

Bilder som visades av Myndigheten för samhällsskydd och beredskap

Civilt försvar och krisberedskap inom hälso- och sjukvården

Annika Elmgart
 Avdelningschef,
 Krisberedskap och Civilt försvar, MSB




Utveckla beredskaps-systemet

- Gemensamma utgångspunkter
- Gemensamma grunder för samverkan och ledning
- Övning och övningsstöd



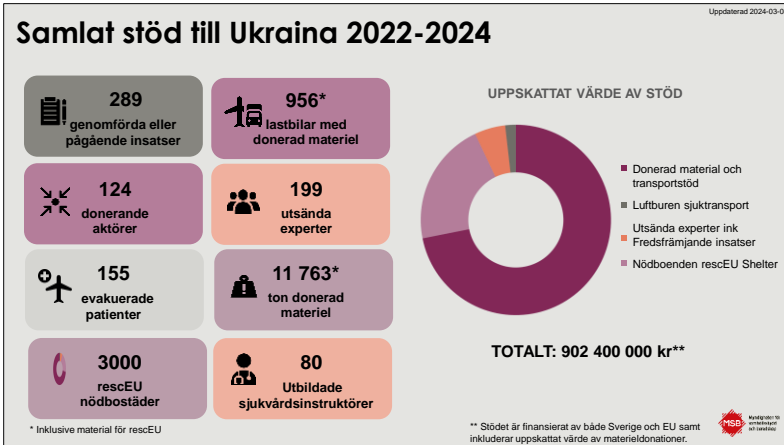
Version feb 2024

10 BEREDSKAPSSEKTORER

 <p>EKONOMISK SÄKERHET</p> <p>Försäkringskassan</p> <p>Arbetsförmedlingen Pensionsmyndigheten Riksgälden Skatteverket Statens servicecenter Utbildningsmyndigheten</p>	 <p>ELEKTRONISK KOMMUNIKATION OCH POST</p> <p>Post- och telestyrelsen</p> <p>MSB Svenska kraftnät Trafikverket</p>	 <p>ENERGIFÖRSÖRJNING</p> <p>Energimyndigheten</p> <p>Energimarknadsinspektionen Strålsäkerhetsmyndigheten Svenska kraftnät</p>	 <p>FINANSIELLA TJÄNSTER</p> <p>Finansinspektionen</p> <p>Riksgälden Riksbanken*</p>	 <p>FÖRSÖRJNING AV GRUNDDATA</p> <p>Skatteverket</p> <p>Biologverket Lantmäteriet Myndigheten för digital förvaltning</p>
 <p>HÄLSA, VÅRD OCH OMSÖRG</p> <p>Socialstyrelsen</p> <p>E-hälsomyndigheten Folkhälsomyndigheten Läkemedelsverket</p>	 <p>LIVSMEDELSFÖRSÖRJNING OCH DRICKSVATTEN</p> <p>Livsmedelsverket</p> <p>Jordbruksverket Länsstyrelserna Naturvårdsverket Statens veterinärmedicinska anstalt</p>	 <p>ORDNING OCH SÄKERHET</p> <p>Polismyndigheten</p> <p>Kriminalvården Kustbevakningen Säkerhetspolisen Tullverket Älågämsmyndigheten Domstolsverket</p>	 <p>RÄDDNINGSTJÄNST OCH SKYDD AV CIVILBEFOLKNINGEN</p> <p>MSB</p> <p>Kustbevakningen Länsstyrelserna Polismyndigheten Sjöfartsverket SAMI Strålsäkerhetsmyndigheten</p>	 <p>TRANSPORTER</p> <p>Trafikverket</p> <p>Luftfartsverket Sjöfartsverket Transportstyrelsen</p>

* Riksbanken ingår inte formellt i sektorn men deltar i arbetet då de är en myndighet under Riksdagen.





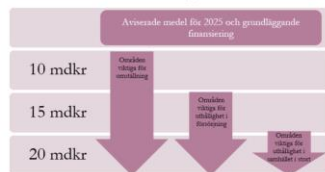
3. Tre ekonomiska prioriteringsnivåer

I detta avsnitt beskrivs tre ekonomiska prioriteringsnivåer som utgör ett ingångsvärde för prioriteringen av ötgärder.

Rapporten utgår från tre ekonomiska nivåer för finansiering av det civila försvaret under perioden 2025-2030:

- Nivå 1 – 10 mdkr per år
- Nivå 2 – 15 mdkr per år
- Nivå 3 – 20 mdkr per år

I samtliga nivåer förekommer kostnader som går under åtgärden *grundläggande finansiering i Civil försvaret mot 2030*.¹ Därnäst har resterande medel upp till respektive nivå prioriterats i enlighet med de prioriteringsgrunder som framkommer i kapitel 4 *Prioriteringsgrunder*. Alla åtgärder och kostnader i nivå 1 återfinns i nivå 2, och alla åtgärder från nivå 1 och 2 återfinns i nivå 3.



Exempel på behov

- Förmåga att hantera ett masskadeutfall
- Regionernas grundläggande organisationsberedskap
- Lagra vissa typer av läkemedel och sjukvårdsprodukter





Bilder som visades av Försvarsmakten



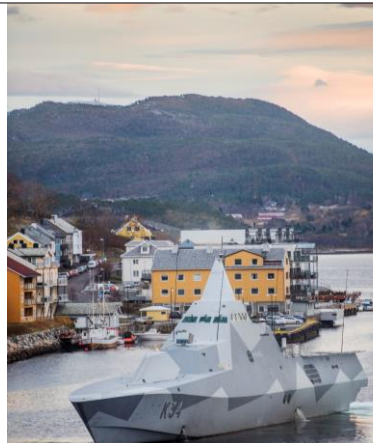
NATO

- ≥ Del av en allians
- ≥ Världsstöd i fred, kris och krig
- ≥ Norden, ett sammanhängande område
- ≥ Crises response measures 7 base lines of requirement. Hälso och sjukvård är en sådan linje.



Nato ställer nya krav

- ≥ Krav på delvis andra förmågor och prioriteringar jämfört med tidigare inriktning samt för interoperabilitet, tillgänglighet och förmåga till världsstöd.
- ≥ Sverige blir ett viktigt område för basering och transporter av allierade förband. Stöd med sjukvård är en viktig del.





FÖRSVARSMAKTEN

Personal

- ≥ Det finns ingen militär medicinsk personal
- ≥ FM anställer legitimerad personal och ger dem en kompletterande militär utbildning
- ≥ För Sveriges Nato åtagande krävs ett nytt personalförsörjningssystem avseende legitimerad personal.
- ≥ Sverige förväntas stå med upp till 4 fyra kompletta fältsjukhus som med kort förvarning ska kunna sändas ut .

FÖRSVARSMAKTEN



Militär Sjukvård

- ≥ 10-1-2
- ≥ Resuscitering
- ≥ Livräddande kirurgi
- ≥ Transport taktisk- strategisk
- ≥ Slutlig vård på civilt sjukhus.



Sjukvård som militärt mål

- Fast civil infrastruktur är inte en säker lösningen för sjukvård i krig
- Rörlighet, spridning eller fortifikatoriskt skydd
- Ett nationellt system med en nationell ledning



Sjukvårdsledning

- ≥ Från skadeplats till slutlig vård
- ≥ En obruten kedja avseende ledning
- ≥ En obrutet omhändertagande efter den vård patienten behöver
- ≥ Ett nära samarbete inom totalförsvaret
- ≥ Ett flöde av egna soldater civila allierade och fiendesoldater.



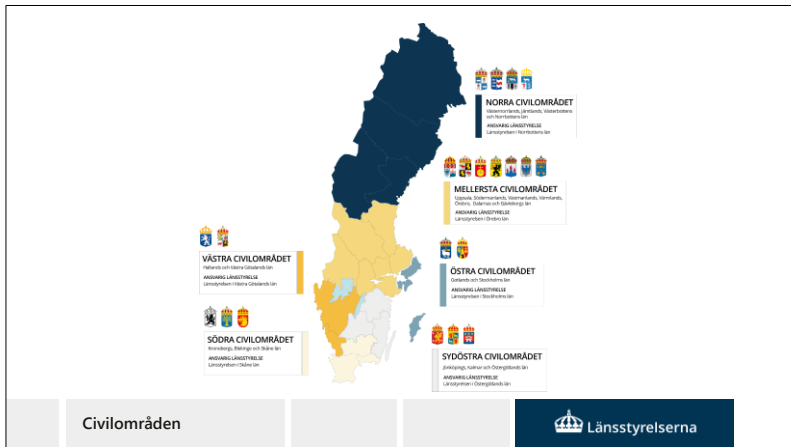
Slutsatser

- ≥ Nya ingångsvärden, krig i Europa och Natomedlemskap
- ≥ Nationellt åtagande inte FM som löser ut. Civilmilitär samverkan nödvändig
- ≥ Direkt tillgång till medicinsk personal med adekvat utbildning är en nyckel
- ≥ Nuvarande struktur och utbildningsmodeller i svensk sjukvård svarar inte mot behoven
- ≥ Personal den enskilt viktigaste faktorn



FÖRSVARSMAKTEN

Bilder som visades av Östra civilområdet



De civilområdesansvariga länsstyrelsernas uppgifter inför höjd beredskap

Inför höjd beredskap ska de civilområdesansvariga länsstyrelserna verka för att totalförsvaret under höjd beredskap har en enhetlig inriktning.

- Ta initiativ till att **samordna** planeringen mellan statliga myndigheter och mellan dessa och Försvarsmakten.
- **Samverka** med Försvarsmakten i frågor som rör totalförsvaret.
- **Stödja** länsstyrelsernas planering och förberedelser inom respektive län.
- Ta initiativ till åtgärder och **hålla samman planering och förberedelser** av civila aspekter av världlandsstöd.

Lagstöd: Förordning (2022:525) om civilområdesansvariga länsstyrelser, Förordning (2015:1053) om totalförsvaret och höjd beredskap

Civilområden

Länsstyrelserna

De civilområdesansvariga länsstyrelsernas uppgifter vid höjd beredskap

Verka för att största möjliga försvarseffekt uppnås!

- **Samordna** de civila försvarsåtgärderna
- **Verka för** att det civila och militära försvaret samordnas
- **Samordna** den civila delen av världlandsstödet
- På alla sätt **upprätthålla** förbindelse med regeringen och relevanta myndigheter
- Hålla regeringen **informerad** om händelseutvecklingen, och **ansvara** för att en samlad lägesbild sammanställs
- Ge länsstyrelserna inom civilområdet **vägledning** i fråga om inriktning och prioritering

Lagstöd: Förordning (2022:525) om civilområdesansvariga länsstyrelser, Förordning (2015:1053) om totalförsvaret och höjd beredskap

Civilområden

Länsstyrelserna

Nuläge

- Samarbetsformer, kanslier och arbetssätt har etablerats.
- Samordningen med aktörer inom civilområdena är i gång.
- Samarbetet mellan de sex civilområdena och de tio sektorerna pågår, likaså samverkan med Försvarsmakten.
- Övning: pröva förmåga rapportering/ lägesbild




Civilområden

Länsstyrelserna

Ett starkt totalförsvär är förebyggande och fredsbevarande.



Civilområden

 Länsstyrelserna

Tack!


Länsstyrelserna

Bilder som visades av Socialstyrelsen – Erfarenheter från arbetet i Ukraina

 Socialstyrelsen

Erfarenheter från kriget i Ukraina

Sektor Hälsa, vård och omsorg

Taha Alexandersson
Beredskapschef

Sammanställningen kategoriserad utifrån *viktiga samhällsfunktioner* i sektorn Hälsa, vård och omsorg, samt underrubriker i Försvarsberedningens rapport *Kraftsamling*

1. Försörjningsberedskap
2. Sjukvårdens driftsäkerhet
3. Personalförsörjning i krig
4. Folkhälsa och smittskydd
5. Kapacitetsökningsförmåga



 Socialstyrelsen

Försörjningsberedskap

- Brist på läkemedel och blod, särskilt nära fronten
- Brist på medicinsk utrustning – övergång till enklare former av fysisk diagnostik

Lärdomar

- Vikten av en fungerande, robust blodverksamhet och beredskapsplanering
- Utarbetade planer för blodleverans till fronten krävs
- Beredskapsapotek och lagerhållning av sjukvårdsprodukter och läkemedel kan säkra tillgången i kris och krig
- Öppna handelsvägar och förmågan att ta emot stöd



 Socialstyrelsen

Sjukvårdens driftsäkerhet

- Skadad infrastruktur ger långa transporttider mellan skadeplats och vårdinrättningar
- Portabla sjukvårdsenheter används som komplement
- Sjukhus och vårdinrättningar är direkta mål för attacker

Lärdomar

- Behov av beredskapssjukhus och robusta sjukhusbyggnader (genom bl.a. SSIK)
- Sjukvård måste kunna bedrivas på alternativa platser
- Stabiliseringscenter bör etableras mellan skadeplats och plats för behandling



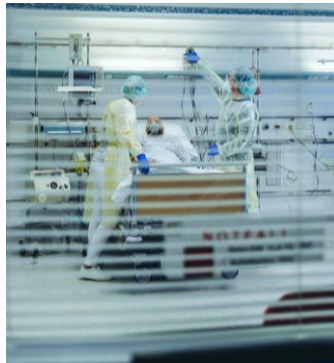
 Socialstyrelsen

Personalförsörjning i krig

- Personalbrist på grund av förflyttningar och tvångsförflyttningar
- Studerande tillåts arbeta för att kompensera
- Digital vård och vårdmottagningar för att komplettera och underlätta
- All hälso- och sjukvårdspersonal kan behöva arbeta med trauma, viktigt att alla har grundläggande kunskaper

Lärdomar

- Utbildnings- och övningsplaner i katastrofmedicin
- Se över krigsplacering och civilplikt för hälso- och sjukvårdspersonal



 Socialstyrelsen

Folkhälsa och smittskydd

- Vaccinationsprogram bromsas av konflikten
- Risken för bland annat epidemibenägna sjukdomar, endemiska och AMR infektionssjukdomar har ökat
- Utbredd psykisk ohälsa och allvarlig psykisk sjukdom väntas vara en konsekvens av kriget

Lärdomar

- Förebyggande hälsovård är viktigt för att minska trycket på primär- och specialistvård i kris och krig



 Socialstyrelsen

Kapacitetsökningsförmåga

- Masskadeutfall som resultat av attacker mot civila mål
- Enklare livräddande åtgärder avgörande

Lärdomar

- Vårdkapaciteten behöver skalas upp och ner på kort tid
- Behov av utbildning och mental förberedelse på hantering av trauma
- Regional- och kommunal hälso- och sjukvård kompletterar varandra för att öka vårdkapaciteten
- Beredskapssjukhus och enheter med särskild förmåga att skala upp kan behövas



 Socialstyrelsen

Huvudsakliga lärdomar

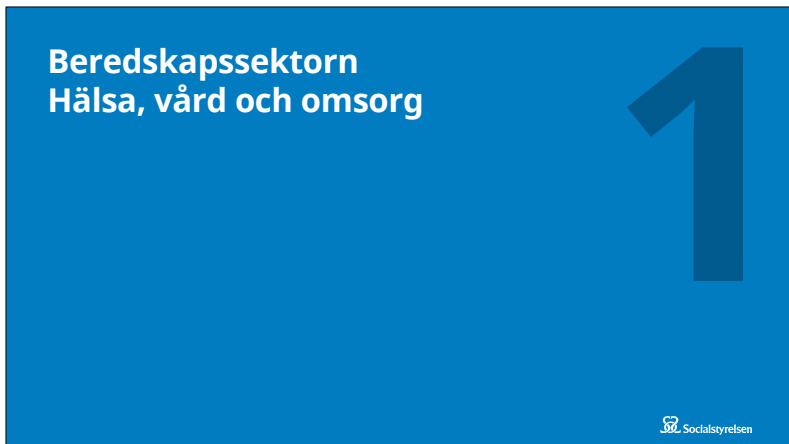
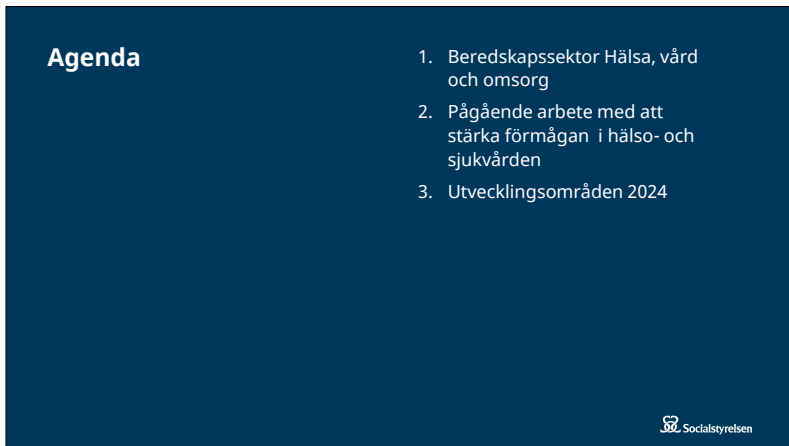
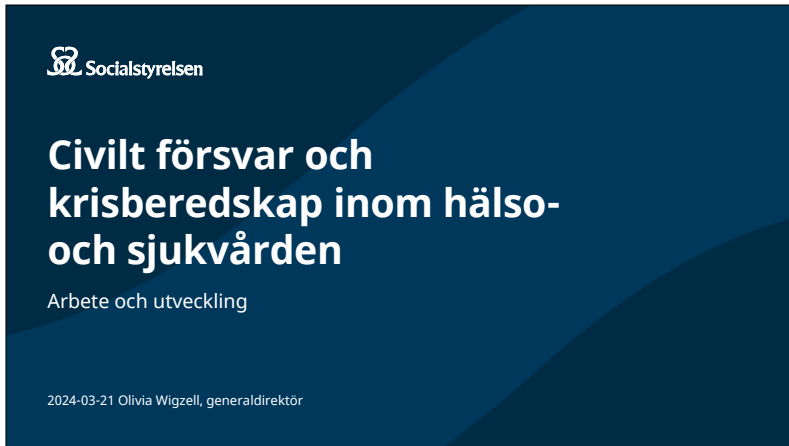
- Sjukvården kan bli mål för attacker och måste säkras
- All sjukvårdspersonal kan behöva kunskap och kompetens inom katastrofmedicin
- Långdistansattacker och masskadeutfall ökar vikten av en god kapacitetsökningsförmåga i vården
- Långdragna konflikter medför vårdbehov utöver traumavård
- Tillgången på blod, läkemedel och sjukvårdsprodukter måste säkras i kris och krig
- Förebyggande hälsoarbete kan minska belastningen på vården i krigstider

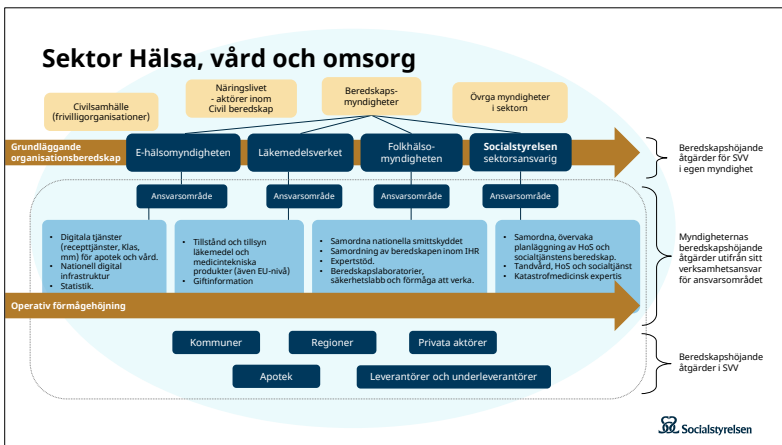
 Socialstyrelsen

Tack

 Socialstyrelsen

Bilder som visades av Socialstyrelsen





Pågående arbete med att stärka förmågan i hälso- och sjukvården

2



Kapacitet för att hantera masskadehändelser

Regeringsuppdrag:

- Masskadeplan
- Kapacitetsökningsförmåga
- Planeringsförutsättningar
- Sjukhus/lokaler – SSIK + skyddade utrymmen
- Vårdplatser
- Sjuktransporter
- Prioriteringsprinciper

Socialstyrelsen

Försörjningsberedskap

- Statligt ansvar för försörjningsberedskap
- Läkemedel och sjukvårdsprodukter som bör lagerhållas
- Statligt säkerhetslager för sjukvårdsprodukter
- Egenberedskap
- Stärka blodverksamheterna
- Försörjningsanalys

Socialstyrelsen

Utvecklings- områden 2024

3

 Socialstyrelsen

Nato och civil beredskap

1. Säkerställd kontinuitet för statliga och kritiska statliga tjänster
2. Motståndskraftig energiförsörjning
3. Förmåga att effektivt hantera okontrollerad rörelse av människor
4. Motståndskraftiga mat- och vattenresurser
5. Förmåga att hantera masskadeutfall
6. Motståndskraftiga civila kommunikationssystem
7. Motståndskraftiga civila transportsystem



Figure 1: From DPP NATO - 7 Baselines with sub-matters for civil preparedness

 Socialstyrelsen

Utvecklings- områden 2024

- Planeringsförutsättningar för hälso- och sjukvården
- Samverkan kring bl.a. förmågebedömning och förmågeplanering, gemensamma lägesbilder samt övningar för att stärka förmågan i sektorn.

 Socialstyrelsen



Bilder som visades av Sveriges Kommuner och Regioner



Hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar

Socialutskottet, 21 mars 2024

*Rachel De Basso, ordförande
Sjukvårdsdelegationen SKR*

*Marie Morell, vice ordförande
Sjukvårdsdelegationen SKR*





God beredskap för kriser

- Hälso- och sjukvården har grundläggande förmåga att hantera olika typer av kriser.
- Covid-pandemin visade på förmåga att ställa om verksamheter, skala upp kapacitet och samverka.








Beredskap för krig

- Vid ett krigsutbrott påverkas alla delar av samhället.
- Hälso- och sjukvården är en del av samhället och beroende av robust infrastruktur.
- El, vatten, livsmedel, ekonomisk robusthet mm måste fungera för att sjukvården ska fungera.



Beredskap byggs i fredstid

- Kommuner och regioners verksamheter har stor betydelse för att bibehålla ett fungerande samhälle under svåra påfrestningar.
- Bygg vidare på existerande rutiner snarare än att ta fram en helt separata planer.
- Respektera ansvarsprincipen, likhetsprincipen och närhetsprincipen.
- Vi behöver ha en gemensam bild – kommuner, regioner och staten – kring hur vården ska arbeta med prioriteringar vid ett krigsscenario.

Nyckeltal och dimensionerande målbilder för hälso- och sjukvårdens planering för civilt försvar

Sutredning av regeringsuppdrag

Socialstyrelsen



Beredskapslager

Tillgång till läkemedel och medicintekniska produkter, inklusive skyddsutrustning, är nödvändigt.

Läkemedelslagstiftningen hinder för omställning och beredskap.

Resurser nödvändigt för att bygga lager.




Gemensamt arbete

- Långsiktigt arbete kräver goda planeringsförutsättningar och stabil finansiering.
- Staten behöver underlätta all form av samverkan med kommuner och regioner. Involvera kommuner och regioner mer i planeringen.
- Gemensamma mål, förväntningar, förutsättningar och dialoger.
- Undvik administrativ överbyggnad.
- Öva tillsammans.

Bilder som visades av regiondirektörernas arbetsgrupp för civilt försvar



Stödet till Försvarsmakten

Erfarenheter från Ukraina

Nato

Regionerna ansvarar för hälso- och sjukvården i fred, höjd beredskap och krig.

Den civila och militära beredskapen som rör flera, eller alla regioner, ska samordnas, planeras och ledas så att hälso- och sjukvårdens del i Totalförsvaret säkerställs. Detta sker genom den regiongemensamma resursen NSPL.

Operationaliseringen av NSPL sker i nära samverkan med Försvarsmakten. Socialstyrelsen och sektorsansvariga myndigheter.

NSPL kansli ska stödja högre beslutsfattare vid höjd beredskap och krig.

NSPL Nationell Samordning Planering Ledning



NSPL Nationell Samordning Planering Ledning

NSPL utgörs av ett kansli placerat i Uppsala samt stab med representation från alla regioner.

För frågor som rör höjd beredskap och krig utgör kansliet en sammanhållen operativ resurs för alla regioner och myndigheter på nationell nivå avseende samordning, planering och ledning.

Beredning sker i kansliets stab eller i regionernas befintliga funktionsnätverk.

Hantering ska kunna ske mycket skyndsamt, samtidigt som det kommunala självbestämmandet beaktas.



NSPL Nationell Samordning Planering Ledning

NSPL utvecklas i tre faser:

Operativt kansli	2024 Q3
Samordning	2024
Planering	2025
Ledning	2026

Arbetet avseende planering och ledning kan forceras tidsmässigt.

Vad menas med samordning? Exempel:

- IVA kapacitet
- Transporter
- Vårdplatser
- CBRNE
- Förmågeutveckling tillsammans med Försvarsmakten



NSPL Nationell Samordning Planering Ledning

NSPL som projekt

- Arbetet bedrivs i projektform fram till kansliet etableras i Uppsala. Därefter bedrivs utvecklingsarbetet i kansliet med stöd av regionerna.
- Inriktning och etablering beslutas under 2024 i samtliga regionstyrelser.
- Styrgrupp är regiondirektörernas arbetsgrupp för civilt försvar:
 - RD Blekinge, Norrbotten, Stockholm, Uppsala, VGR, Östergötland
- Projektgrupp utgörs inledningsvis av representanter från dessa regioner.
- Projektet bedrivs i tre samtidiga operationslinjer:
 - Kansliets organisation och arbetsformer
 - Vad ska samordnas och hur?
 - Säkerhetsskydd

NSPL Nationell Samordning Planering Ledning

Projektdirektiv

- Klargöra kansliets formella organisatoriska hemvist.
- Ta fram förslag på arbetsbeskrivning för kansliet som inkluderar:
 - Omfattning av kansliets uppdrag.
 - Omfattning av de tjänster och kompetenser som bör ingå i kansliet.
 - Förslag på beredningsgrupper till kansliet.
- Tillse att det genomförs en säkerhetskyddsanalys/bedömning för etablerat kansli.
- Utforma befattningsbeskrivning för kanslichef och underlag för rekrytering av kanslichef (kravspecifikation, annonsunderlag).
- Utredda och eventuellt omhändertada krigsplacering av kansli-medlemmar.
- Tillsammans med nätverket för Hälso- och sjukvårdsdirektörerna ta fram förslag på struktur för samverkan mellan kansliet och HSD-nätverket samt samverkan mellan kansliet och RD-nätverket.
- Ta fram mallar för regiongemensamma beslut inom området.
- Utredda SKR:s roll kopplat till kansliet.
- Etablera kontakt med relevanta aktörer på nationell och högre regional nivå.

NSPL Nationell Samordning Planering Ledning

Konsekvenser för respektive RS reglemente (generiskt utkast förändringar; Krig, krigsfara och höjd beredskap)

2. vidta de förberedelser som behövs för verksamheten under höjd beredskap (beredskapsförberedelser) för hela sjukvårdssystemet avseende egen verksamhet, med privata aktörer samt kommuner inom *Namn* län.
3. under höjd beredskap ansvara för ledningen av den civila hälso- och sjukvården, kollektivtrafiken samt den övriga verksamhet inom det civila försvaret som Region *Namn* ska bedriva,
4. under höjd beredskap och krig kunna ha förmåga att överta ledning av annan regions motsvarande verksamhet om så begärs,
5. inom ramen för regiongemensam nationell samordning, planering och ledning (NSPL) kunna ta emot patienter eller sjukvårdsresurser från andra regioner eller länder, alternativt kunna stödja andra regioner med sjukvårdsresurser samt kunna bedriva vård på alternativa platser i Sverige,
6. kunna samverka med militära, nationella och internationella, sjukvårdsresurser i *Namn* län och på/i alternativt *Namn län*,

NSPL Nationell Samordning Planering Ledning

FOTORÄTTIGHETER:

- BILD 2: Stödet till Försvarsmakten Mattias Nurmela/Försvarsmakten
- BILD 2: Sjukvården är en måttavla TT/AP Photo/Egeniy Maloletka
- BILD 3: Bild och Media/Skaraborgs Sjukhus
- BILD 4: Mattias Nurmela/Försvarsmakten
- BILD 5: Public domain

Bilder som visades av Läkemedelsverket



Offentligt sammanträde om civilt försvar och krisberedskap inom hälso- och sjukvården

Björn Eriksson
Generaldirektör

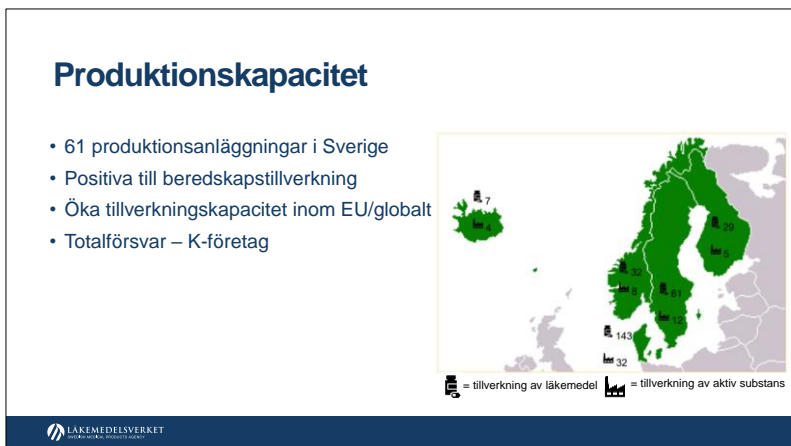
LÄKEMEDELSVERKET
SVERIGES HÄLSO- OCH SJUKVÅRD



Läkemedelsverkets uppdrag

- Beredskapsmyndighet
- Tillgänglighet läkemedel och medicintekniska produkter
- Nationella lägesbilder över tillgång och efterfrågan
- Nationellt
 - ADL - veckovisa möten med vård, industri etc
 - Sektorssamverkan
- EU-gemensamt
 - MSSG
 - HERA
 - Nordisk samverkan

LÄKEMEDELSVERKET
SVERIGES HÄLSO- OCH SJUKVÅRD



Produktionskapacitet

- 61 produktionsanläggningar i Sverige
- Positiva till beredskapstillverkning
- Öka tillverkningskapacitet inom EU/globalt
- Totalförsvar – K-företag

LÄKEMEDELSVERKET
SVERIGES HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

2021/22:RFR1	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om den aktuella penningpolitiken den 19 oktober 2021
2021/22:RFR2	SOCIALUTSKOTTET Socialutskottets offentliga utfrågning om precisionsmedicin
2021/22:RFR3	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om finansiell stabilitet – Sårbarheter och motståndskraft i ekonomin i ljuset av ökande skulder hos hushåll och kommersiella fastighetsföretag
2021/22:RFR4	FINANSUTSKOTTET Utvärdering av Riksbankens penningpolitik 2015–2020
2021/22:RFR5	FINANSUTSKOTTET Evaluation of the Riksbank's Monetary Policy 2015–2020
2021/22:RFR6	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om den aktuella penningpolitiken den 3 mars 2022
2021/22:RFR7	ARBETSMARKNADSUTSKOTTET Uppföljning av nyanländas etablering –arbetsmarknadsstatus med särskilt fokus på kvinnorna
2021/22:RFR8	KONSTITUTIONSUTSKOTTET Uppföljning och utvärdering av tillämpningen av utskottsinitiativ
2021/22:RFR9	KULTURUTSKOTTET Uppföljning av delar av den svenska friluftslivspolitiken
2021/22:RFR10	NÄRINGSUTSKOTTET Innovationskritiska metaller och mineral – en forskningsöversikt
2021/22:RFR11	SOCIALUTSKOTTET Hälsa- och sjukvård för barn och unga i samhällets vård – en utvärdering
2021/22:RFR12	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om AP-fondernas placeringar av buffertkapitalet i pensionssystemet den 26 april 2022
2021/22:RFR13	FÖRSVARsutskottet Sveriges deltagande i fem internationella militära insatser – en uppföljning av konsekvenserna för den nationella försvarsförmågan
2021/22:RFR14	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om Finanspolitiska rådets rapport Svensk finanspolitik 2022
2021/22:RFR15	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om Riksbankens redogörelse för penningpolitiken 2021 den 10 maj 2022
2021/22:RFR16	SOCIALUTSKOTTET Offentlig utfrågning om svensk och europeisk cancerstrategi
2021/22:RFR17	TRAFIKUTSKOTTET Transportsektorns klimatmål

2021/22:RFR18 KULTURUTSKOTTET
Kulturutskottets öppna seminarium om uppföljning av delar av den
svenska friluftslivspolitiken

2022/23:RFR1	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om den aktuella penningpolitiken den 20 oktober 2022
2022/23:RFR2	FINANSUTSKOTTET Översikt med internationella exempel på uppföljning och utvärdering av centralbanker
2022/23:RFR3	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om finansiell stabilitet i svensk ekonomi i ljuset av hög inflation och högre räntor
2022/23:RFR4	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om Riksbankens årsredovisning 2022 och det senaste penningpolitiska beslutet från februari 2023
2022/23:RFR5	FINANSUTSKOTTET Utvärdering av penningpolitiken 2022
2022/23:RFR6	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om Finanspolitiska rådets rapport, Svensk finanspolitik 2023
2022/23:RFR7	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om penningpolitiken 2022

2023/24:RFR1	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om den aktuella penningpolitiken den 17 oktober 2023
2023/24:RFR2	SOCIALUTSKOTTET Offentlig utfrågning om nationell högspecialiserad vård
2023/24:RFR3	CIVILUTSKOTTET Offentligt sammanträde om vårdnad, boende och umgänge vid våld i familjen.
2023/24:RFR4	NÄRINGSUTSKOTTET Näringsutskottets offentliga sammanträde om energilagring
2023/24:RFR5	TRAFIKUTSKOTTET Offentligt sammanträde om artificiell intelligens (AI)
2023/24:RFR6	SOCIALUTSKOTTET Offentligt sammanträde om reformen av EU:s läkemedelslagstiftning
2023/24:RFR7	TRAFIKUTSKOTTET Planera laddinfrastruktur för vägtrafik – en kunskapsöversikt
2023/24:RFR8	FINANSUTSKOTTET Den demokratiska granskningen av centralbanker – En forskningsöversikt
2023/24:RFR9	CIVILUTSKOTTET Offentligt sammanträde – Hur säkerställer vi ett bostadsbyggande som möter behov och efterfrågan i hela landet?
2023/24:RFR10	FINANSUTSKOTTET Offentligt sammanträde om finansiell stabilitet i en osäker omvärld – hur påverkas Sverige?
2023/24: RFR11	MILJÖ- OCH JORDBRUKSUTSKOTTET Utvärdering av förädlingsindustrin och detaljhandeln för livsmedel
2023/24: RFR12	TRAFIKUTSKOTTET Offentligt sammanträde om trafikens elektrifiering
2023/24: RFR13	FINANSUTSKOTTET Riksbankens årsredovisning 2023 och den aktuella penningpolitiken

SVERIGES 
RIKSDAG 

Beställningar: Riksdagens tryckeriexpedition, 100 12 Stockholm
telefon: 08-786 58 10, e-post: order.riksdagstryck@riksdagen.se
Tidigare utgivna rapporter: www.riksdagen.se under Dokument & lagar

