

Sjukvården i krig.

Befärankande av utredningen om sjukvården i krig

SOU

1978:83

Ur KB:s samlingar

Digitaliserad år 2013



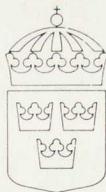
National Library
of Sweden

Sjukvården i krig.

Befärankande av utredningen om sjukvården i krig

SOU

1978:83



Statens offentliga utredningar
1978:83
Socialdepartementet

Sjukvården i krig

Betänkande av utredningen om sjukvården i krig
Stockholm 1978

Omslag Jan Bohman
Jernström Offsettryckeri AB

ISBN 91-38-04452-8
ISSN 0375-250X
Gotab, Stockholm 1978

Till Statsrådet Lindahl

Regeringen bemyndigade den 30 december 1976 statsrådet Troedsson att tillkalla en kommitté med högst fem ledamöter för att utreda sjukvården i krig.

Statsrådet Troedsson tillkallade den 8 februari 1977 såsom ledamöter riksdagsledamoten Per Petersson, tillika ordförande, riksdagsledamoten Lilly Hansson, landstingsrådet Ragnar Litzner, landstingsledamoten Göte Nilsson och riksdagsledamoten Rune Ångström.

Till experter förordnades samma dag avdelningschefen Sture A. Gyllö, hovrättsassessorn Lars Hultstrand, generalläkaren S. Åke Lindgren, överstelöjtnanten Nils-Gunnar Lundgren, departementsrådet Sven-Erik Orrö, landstingsdirektören Sven-Åke Persson, avdelningschefen Gunnar Wennström och sektionschefen Bengt Wiktorin samt, genom beslut den 4 mars 1977, driftchefen Börje Börjeson.

Som utredningens sekreterare har tjänstgjort byrådirektören Caj Skoglund. I utredningens sekretariat har medverkat läkarsekreteraren Lisbeth Andersson.

Kommittén har antagit namnet Utredningen om sjukvården i krig (USIK).

Vi överlämnar härmed vårt huvudbetänkande Sjukvården i krig. Särskilda yttranden har avgivits av experterna Lundgren och Orrö.

Regeringen har genom beslut den 9 februari 1978 uppdragit åt oss att ange hur ansvar och kostnader för sjukvårdens skydd i krig principiellt bör regleras. Vi återkommer med förslag i dessa frågor.

Stockholm i november 1978

Per Petersson

*Lilly Hansson
Rune Ångström*

Ragnar Litzner

Göte Nilsson

/Caj Skoglund

7 Innehåll

<i>Förkortningar och definitioner</i>	9
<i>Sammanfattning</i>	11
<i>Författningsförslag</i>	27
1 <i>Historik</i>	51
1.1 Krigssjukvårdslagstiftningen	51
1.2 Fredssjukvårdens utveckling	52
1.3 Planering för sjukvård i krig	55
1.4 1977 års försvarsbeslut	56
1.4.1 Utrednings- och studiearbete inom socialstyrelsen	56
1.4.2 ÖTF-studierna	57
1.4.3 Utrednings- och studiearbete inom försvarsmakten	58
1.4.4 1974 års försvarsutredning	58
1.4.5 Proposition 1976/77:74	59
2 <i>Föresättningar för hälso- och sjukvård i krig</i>	61
2.1 Internationella erfarenheter	61
2.2 Miljöföresättningar m. m.	62
2.2.1 Grunder för planeringen inom totalförsvaret	62
2.2.2 Sjukvårdskonsumtion i fred	62
2.2.3 Skadeutfall och skadepanorama vid stridshandlingar	64
2.2.4 Krigssjukvårdens medicinska grunder	64
2.2.5 Sjukvårdens resurser i krig	65
2.3 Utredningens bedömning	67
3 <i>Totalförsvarets hälso- och sjukvård</i>	69
3.1 Grundläggande förhållanden	69
3.2 Organisationer och resurser	70
3.2.1 Den civila hälso- och sjukvården	70
3.2.2 Civilförsvarets sjukvårdstjänst	71
3.2.3 Försvarsmaktens sjukvårdstjänst	73
3.3 Överväganden och förslag	74
4 <i>Sjuktransporter</i>	79
4.1 Sjuktransporter i fred	79
4.2 Sjuktransporter i krig	80
4.3 Överväganden och förslag	82

5	<i>Ansvar, ledning och samverkan i krig</i>	87
5.1	Nuläge	87
5.1.1	Lägre regional nivå, länsnivå	87
5.1.2	Högre regional nivå	88
5.1.3	Central nivå	89
5.2	Överväganden och förslag	90
5.2.1	Lägre regional nivå, länsnivå	90
5.2.2	Högre regional nivå	95
5.2.3	Central nivå	98
6	<i>Förberedelser i fred</i>	101
6.1	Planläggning m. m.	101
6.1.1	Nuläge	101
6.1.2	Överväganden och förslag	101
6.2	Utbildning	103
6.2.1	Nuläge	103
6.2.2	Överväganden och förslag	105
6.3	Personalförsörjning	108
6.3.1	Nuläge	108
6.3.2	Överväganden och förslag	110
6.4	Materiel- och försörjningsberedskap	111
7	<i>Kostnader och finansiering</i>	115
7.1	Nuläge	115
7.2	Överväganden och förslag	116
8	<i>Vissa andra utredningar</i>	119
8.1	Hälso- och sjukvårdsutredningen (HSU)	119
8.2	Regionsjukvårdsutredningen	119
8.3	1978 års försvarskommitté	120
8.4	Försvarsberedskap vid länsalarmeringscentraler	120
8.5	Samordning av allmänna landmobila radiokommunikationer m. m. (SARK)	120
8.6	Utredning angående den militära direktivrätten	121
9	<i>Författningsmässig reglering</i>	123
9.1	Nuläge	123
9.2	Överväganden och förslag	124
9.2.1	Allmänt	124
9.2.2	Landstingskommunernas ansvar	125
9.2.3	Ledning och samverkan	125
9.2.4	Tjänste- och utbildningsplikt	126
9.2.5	Sjukvårdens organisation	126
9.2.6	Militär direktiv rätt	126
9.2.7	Beredskapsgrader	127
9.2.8	Planläggning i fred	127
9.2.9	Kostnader	128
9.2.10	Civil veterinärverksamhet	128

10	<i>Specialmotivering</i>	129
10.1	Lag om kommunal beredskap	129
10.2	Kommunala beredskapskungörelsen	133
10.3	Lag om tjänsteplikt för hälso- och sjukvårdspersonal m. m.	135
10.4	Förordning om tjänsteplikt för hälso- och sjukvårdspersonal m. m.	136
10.5	Lag om civil veterinärverksamhet i krig m. m.	139
10.6	Krigsveterinärförordning	140
10.7	Allmänna tjänstepliktslagen	142
10.8	Beredskapskungörelsen	142
10.9	Instruktion för socialstyrelsen	143
10.10	Instruktion för civilbefälhavare	144
10.11	Krigsinstruktion för länsstyrelserna	144
10.12	Uppskovskungörelsen	145
10.13	Kungörelsen angående tillämpning av lagen om skyldighet för civilförsvarspliktigt att tjänstgöra vid krigsmakten m. m.	145
	<i>Särskilda yttranden</i>	147
	<i>Bilaga 1 Utredningens direktiv</i>	151
	<i>Bilaga 2 Sjuktransport med helikopter</i>	163
	<i>Bilaga 3 Landstingskommunal lednings- och förvaltningsorganisa- tion i krig</i>	177
	<i>Bilaga 4 Skrivelse angående utbildning för totalförsvarets hälso- och sjukvård i krig</i>	181
	<i>Bilaga 5 Skrivelse angående den försvarsmedicinska materielbered- skapen</i>	189

Förkortningar och definitioner

1 Förkortningar

Vissa i betänkandet vanligen förekommande förkortningar.

CB = civilbefälhavare

FÖSK = försvarsmaktens sjukvård i krig; utredning om (se avsnitt 3.2.3)

MB = militärbefälhavare

USK = socialstyrelsens utredning om hälso- och sjukvården i krig (se avsnitt 1.4.1)

ÖB = överbefälhavaren

ÖEF = överstyrelsen för ekonomiskt försvar

ÖTF = övrigt totalförsvar; de delar av totalförsvaret som inte ingår i militärt försvar, civilförsvar och ekonomiskt försvar

2 Definitioner

Begreppet *landstingskommuner* avser huvudmännen för den offentliga hälso- och sjukvården, dvs. såväl landstingskommuner som de tre landstingsfria kommunerna Göteborg, Malmö och Gotland. Synonymt används *sjukvårdshuvudmän*.

Civil hälso- och sjukvård är den hälso- och sjukvård i krig för vilken landstingskommunerna och de tre landstingsfria kommunerna svarar. *Totalförsvarets hälso- och sjukvård* består av den civila hälso- och sjukvården, försvarsmaktens sjukvårdstjänst och civilförsvarets sjukvårdstjänst.

Med *hälso- och sjukvård* avses den individuellt inriktade vården till förebyggande, uppspårande, utredande eller behandling av sjukdom, skada eller kroppsfel samt vård i samband med barnsbörd. Den allmänna hälso- och miljövården (hälsoskyddet) omfattas i detta betänkande inte av begreppet hälso- och sjukvård utan betecknas istället *den allmänna hälsovården*.

Sammanfattning

Uppdraget och utredningens arbete

Utredningen om sjukvården i krig (USIK) har haft till främsta uppgift att utreda ansvaret för och ledningen av sjukvården i krig.

I direktiven angavs

att sjukvårdens fredsresurser i största möjliga utsträckning skall användas i krig,

att den i fred gällande sjukvårdslagstiftningen bör utgöra grunden för de bestämmelser som skall gälla i krig samt

att ett enhetligt ansvar för verksamheten i fred och krig bör eftersträvas.

USIK överlämnar nu sitt huvudbetänkande Sjukvården i krig. Utredningen kommer senare att framlägga förslag om sjukvårdens skydd i krig. Utredningen har vidare hemställt om tilläggsuppdrag för att kunna behandla vissa frågor om utbildning för sjukvården i krig (bilaga 4).

Historik (kapitel 1)

Efter beslut av riksdagen stiftades år 1953 *krigssjukvårdslagen*. Med stöd av denna utfärdades år 1955 *krigssjukvårdskungörelsen*. Lagen och kungörelsen (krigssjukvårdslagstiftningen) gäller – med i huvudsak oförändrad lydelse – allttjämt. Härigenom regleras främst hur den civila hälso- och sjukvården skall organiseras, ledas m. m. i krig samt beredskapsplanläggas i fred.

USIK belyser i kapitel 1 bl. a. den offentliga hälso- och sjukvårdens mycket snabba utveckling under de senaste decennierna. Detta har medfört helt andra förutsättningar för sjukvården i krig än som kunde förutses i den nu 25 år gamla krigssjukvårdslagstiftningen. Utredningen understryker bl. a. betydelsen av att hälso- och sjukvården under 1960-talet fick ett i stort sett enhetligt landstingskommunalt huvudmannaskap.

Utredningens huvuduppgift har varit att se över den författningsmässiga regleringen av sjukvården i krig och ge denna en utformning som överensstämmer med numera rådande ansvarsförhållanden m. m.

Inför 1977 års försvarsbeslut var sjukvården i krig föremål för ett omfattande utrednings- och studiearbete (avsnitt 1.4). 1974 års försvarsutredning (1.4.4) konstaterade bl. a. att totalförsvarets sjukvårdsresurser är helt otillräckliga i flera avseenden eller att de inte skulle kunna utnyttjas rationellt. Försvarsutredningen förordade att landstingskommunerna skulle åläggas ett

ökat ansvar för sjukvården i krig. Rörligheten för civil kirurgisk kapacitet skulle behöva öka. Helikoptrar borde i större utsträckning kunna utnyttjas för sjuktransporter i krig. Utbildningen för hälso- och sjukvården i krig borde förbättras och uthålligheten rörande materiel och läkemedel förstärkas.

Förutsättningar för hälso- och sjukvård i krig (kapitel 2)

Utredningen belyser i kapitel 2 förutsättningarna för hälso- och sjukvården i krig. Kapitlet inleds med en kortfattad redogörelse för hur krig drabbat befolkningen i andra länder. Även om vissa för olika krig gemensamma faktorer påvisas, är det inte möjligt att av detta material dra några långtgående slutsatser om vad ett krig skulle innebära för vårt land.

Vilka typer av kriser och krig som bedömts kunna drabba Sverige framgår av 1977 års försvarsbeslut (avsnitt 2.2.1). Planeringen inom totalförsvaret inriktas på att avhålla från och försvara mot angrepp med konventionella stridsmedel. Skyddet mot ABC-stridsmedel avser åtgärder vid enstaka insatser av kärnladdningar samt av bakteriologiska (biologiska) eller kemiska stridsmedel i begränsad omfattning. Planläggningen innefattar också åtgärder för att minska konsekvenserna av s. k. fredskriser. Skyddet av civilbefolkningen utgår från att denna inte kommer att utsättas för direkt bekämpning men väl kan drabbas av biverkningar vid dels bekämpning av militära mål med i första hand konventionella stridsmedel, dels vid markstrider.

Ingenting tyder på, att det fredstida sjukdomspanoramat nämnvärt skulle ändras i krig. Utredningen konstaterar därför, mot bakgrund av bl. a. den ökande andelen äldre i samhället, att en betydande del av sjukvårdens resurser också i krig måste ianspråktagas för omhändertagande av långvarigt, svårt sjuka, äldre människor. Begränsningar i vårdstandarden blir dock nödvändiga för dessa liksom för andra patientgrupper.

I samband med stridshandlingar utsätts sjukvården för särskilt svåra problem. Antalet skadade kan bli stort och vara mycket koncentrerat till tid och rum. Många skadade kan dessutom vara i behov av mycket resurskrävande sjukvårdsinsatser, vilka av medicinska skäl måste sättas in inom en snäv tidsmarginal. Vid sådana lägen måste patienterna behandlas enligt delvis andra principer än i fred. En redogörelse för krigssjukvårdens medicinska grunder lämnas i avsnitt 2.2.4.

Samhällets sjukvårdsresurser i krig är i huvudsak samma som finns redan i fred (avsnitt 2.2.5). En betydande omdisposition av dessa måste dock kunna göras. Fredssjukvårdens organisation och resurser ger enligt utredningens mening goda möjligheter till en väsentligt ökad "sjukvårdsproduktion" i krig. Utredningen erinrar dock om de allvarliga brister i fråga om sjukvården i krig, som konstaterats av 1974 års försvarsutredning (kapitel 1).

USIK påtalar att den för krig planlagda sjukvårdsorganisationen kommit att i väsentliga hänseenden alltför mycket avvika från den fredstida. En av svagheterna är den ensidiga inriktningen på de behov av sluten akutsjukvård som krigshandlingar förorsakar samt avsaknaden av en hos landstingskommunerna förankrad helhetssyn på sjukvården i krig. I en avslutande bedömning framhålls dock, att få länder har en så god, relativ tillgång på sjukvårdsresurser som Sverige. Den offentliga hälso- och sjukvården med

dess höga standard bör därför kunna utgöra en god grund för samhällets hälso- och sjukvård i krig.

Totalförsvarets hälso- och sjukvård (kapitel 3)

Hälso- och sjukvård skall i krig bedrivas inom tre organisationer; den civila hälso- och sjukvården, civilförsvaret och försvarsmakten. Försvarsmaktens och civilförsvarets verksamhet skall vara ett komplement till den civila hälso- och sjukvården.

För den civila hälso- och sjukvården i krig svarar huvudmännen för den offentliga hälso- och sjukvården, dvs. landstingskommunerna och de tre landstingsfria kommunerna.

Nuvarande uppgiftsfördelning inom totalförsvarets hälso- och sjukvård vilar på principer som fastställdes av 1953 års riksdag. Fredssjukvårdens utveckling sedan dess har medfört att landstingskommunerna kommit att svara för en allt större del av totalförsvarets sjukvårdsresurser. Med hänsyn till den numera väl utbyggda offentliga hälso- och sjukvården i fred har USIK prövat lämpligheten av ett samlat landstingskommunalt ansvar för *all* hälso- och sjukvård i krig (avsnitt 3.3).

Utredningen konstaterar emellertid, att den sjukvårdstjänst som betjänar de militära förbanden måste vara mycket nära samordnad med den militära verksamheten i övrigt. Höga krav ställs på rörlighet, bl. a. därför att den militära verksamheten skall kunna bedrivas över stora ytor. Försvarsmakten föreslås därför även i framtiden få disponera vissa egna sjukvårdsresurser. Sådana krävs för dels daglig sjukvård vid lindrigare olycksfall och sjukdomar, dels kvalificerat akut omhändertagande vid stridsskador, svåra olycksfall och akuta sjukdomar samt dels akuta sjuktransporter.

Försvarsmakten föreslås svara för de strategiskt och operativt rörliga resurserna, medan den civila hälso- och sjukvården skall svara för alla fasta sjukhus. De militära krigssjukhusen (13 st) bör överföras till den civila sjukvårdens krigsorganisation. Förhandlingar härom bör upptas mellan staten och berörda sjukvårdshuvudmän (Norrbottens och Västerbottens läns landsting samt Gotlands kommun).

Civilförsvarets ansvar för räddningstjänst och omhändertagande av skadade tillkom i ett läge, då massiva insatser mot tätorter och långvariga räddningsinsatser bedömdes troliga i händelse av krig. Samtidigt var hälso- och sjukvårdens resurser koncentrerade till akutsjukhusen och resurserna utanför sjukhusen starkt begränsade. Nu är bilden en helt annan. Den offentliga hälso- och sjukvården är väl utbyggd. Vidare har åsikterna om hur ett krig sannolikt skulle gestalta sig påtagligt förändrats sedan civilförsvarets sjukvårdstjänst fick sin nuvarande utformning.

Utredningen ansluter sig därför till principen, att civilförsvarets ansvar, uppgifter och resurser för räddningstjänst, inklusive sjuktransporter, bör överföras till kommuner och landsting. I en sådan kommunanknuten civilförsvarsstruktur framträder ett nära samband mellan civilförsvarsverksamheten i krigstid och den fredstida räddningstjänsten, inklusive sjuktransportverksamheten och den medicinska katastrofberedskapen.

Frågan om civilförsvarets framtida utformning är f. n. föremål för studier inom civilförsvarsstyrelsen och kommer senare att prövas av 1978 års

försvarskommitté. USIK går därför inte närmare in på hur ett kommunanknutet civilförsvar skulle kunna utformas.

Sjuktransporter (kapitel 4)

Sjuktransportsystemet i krig har utformats med hänsyn till att behovet av sjuktransporter bedöms öka mycket starkt i jämförelse med fredsförhållanden. Transporternas omfattning och karaktär nödvändiggör utnyttjandet av både landsvägs-, järnvägs-, sjö- och flygtransporter.

För att tillgodose de ökade transportbehoven kompletteras fredssamhällets sjuktransportresurser med bl. a. landsvägstransportmedel av olika slag, järnvägsenheter samt färjor och flygplan.

USIK har granskat ansvarsfördelningen inom totalförsvaret för organiserande och genomförande av sjuktransporterna i krig. Utredningen konstaterar, att svårare olycks-, skade- och sjukdomsfall inom försvarsmakten ges kvalificerat första omhändertagande där. Många av dessa patienter måste emellertid transporteras till civila sjukhus för fortsatt vård. Personella och materiella resurser för dessa akuttransporter bör enligt utredningen ingå i den militära sjukvårdsorganisationen.

Vad gäller övriga sjuktransporter anser USIK, att sjukvårdshuvudmännen bör ges ett samlat ansvar för sjuktransporterna inom länen. Däremot har utredningen inte f. n. ansett sig kunna biträda ett förslag från ÖB om att huvudansvaret för planläggning och krigsorganisering av resurser för sjuktransporter mellan län och civilområden bör åvila civila myndigheter. Vid en kommunalisering av civilförsvarets sjukvårdstjänst, som förordats av utredningen i avsnitt 3.3, torde civilförsvarets sjuktransportresurser komma att överföras till kommuner och landsting. Det ter sig i ett sådant sammanhang naturligt att ånyo pröva rådande ansvarsförhållanden.

Alarmering för akuta sjuktransporter sker i fred via telefonnumret 90 000. Under de senaste åren har samhällets alarmeringsfunktioner i flertalet län sammanförts i länsalarmeringscentraler (LAC). Dessa bör enligt USIK kunna utnyttjas för den direkta sjuktransportdirigeringen också i krig. För ett effektivt utnyttjande av länsalarmeringscentralerna och sjuktransportfordonen krävs dock att dessa kan dirigeras även med radiokommunikationer. Resurserna härför är f. n. helt otillräckliga. Utredningen anser att åtgärder – inklusive förbättring av telekommunikationerna – snarast måste vidtas, så att bl. a. LAC funktionsförmåga säkerställs i krig.

1974 års försvarsutredning fann att det skulle vara önskvärt att i större utsträckning kunna disponera helikoptrar i krig för transport av skadade. Behovet av helikoptrar för akuttransporter i krig har också påtalats av andra utredningar.

Även USIK finner det önskvärt att i ökad utsträckning disponera helikoptrar för sjuktransporter i krig. För att så skall kunna ske krävs dock ett relativt stort ekonomiskt tillskott utöver nuvarande anslagsramar för totalförsvarets hälso- och sjukvård. Utredningen påtalar vidare att någon samlad bedömning av totalförsvarets behov av helikoptrar för sjuktransporter i krig inte har gjorts. Ytterligare studier krävs därför innan slutgiltig ställning kan tas.

Utredningen anser att såväl fredssjukvårds- som beredskapsskäl motiverar

en längre tids försöksverksamhet i fred med sjuktransporter med helikopter. Kostnaderna för ett ettårigt försök bedöms inte behöva överstiga 3 milj. kr. och föreslås helt täckta av statsmedel.

Ansvar, ledning och samverkan i krig (kapitel 5)

En redogörelse för nuvarande ansvarsförhållanden i krig lämnas i avsnitt 5.1. På lägre regional nivå (länsnivå) är länsstyrelsen högsta civila totalförsvarsmyndighet och skall verka för att största möjliga försvarseffekt uppnås. Länsstyrelsen åligger bl. a. att leda den civila hälso- och sjukvården. Länsstyrelsen får besluta om utnyttjandet av vårdplatser, omflyttning av medicinalpersonal och omfördelning av läkemedel eller andra förnödenheter för hälso- och sjukvården samt i övrigt bestämma om utnyttjandet av länets sjukvårdsresurser. Länsstyrelsen får i krig således ett ledningsansvar, som inrymmer befogenheter att besluta om sjukvårdens inriktning och bedrivande. Landstingskommunerna (och de tre landstingsfria kommunerna) svarar däremot endast för drift och förvaltning av sjukvården. Denna – från fredsförhållanden starkt avvikande – ansvarsfördelning i krig mellan landsting och länsstyrelse bygger, som framgått tidigare, på förhållanden som rådde under 1950-talet. Huvudmannaskapet för den offentliga hälso- och sjukvården var då delat mellan stat och landsting.

På högre regional nivå (civilområde) är i krig civilbefälhavaren högsta civila totalförsvarsmyndighet. Denne skall samordna de civila försvarsåtgärderna och verka för att största möjliga försvarseffekt uppnås. I fråga om hälso- och sjukvården skall CB ägna särskild uppmärksamhet åt fördelning av personal-, vård- och laboratorietillgångar och medicinska förnödenheter samt skydd mot biologiska stridsmedel och bekämpande av smittosamma sjukdomar hos människor och husdjur. Civilbefälhavaren får besluta om förflyttning inom civilområdet av medicinalpersonal och omfördelning av läkemedel eller andra förnödenheter för hälso- och sjukvården.

För samverkan i krig mellan civilbefälhavare och militärbefälhavare i sjukvårdsfrågor skall i varje civilområde finnas ett särskilt samarbetsorgan, regionala sjukvårdsledningen (RSL).

Centralt leds den civila hälso- och sjukvården i krig under regeringen av socialstyrelsen. Styrelsen får besluta om förflyttning av medicinalpersonal eller omflyttning av läkemedel eller andra förnödenheter för hälso- och sjukvården.

För samverkan inom totalförsvaret på central nivå finns ett särskilt samarbetsorgan i krig, centrala sjukvårdsledningen (CSL). I CSL ingår representanter för överbefälhavaren, socialstyrelsen, civilförsvarsstyrelsen, lantbruksstyrelsen, statens livsmedelsverk och Apoteksbolaget AB.

Ansvarsprincipen på länsplanet

Ansvarsprincipen, dvs. principen att ansvar i fred för viss verksamhet följs av ansvar att förbereda, genomföra och leda samma verksamhet i krig, om den då skall fortgå, är grundläggande för totalförsvaret. I sina överväganden och förslag (avsnitt 5.2.1) framhåller USIK inledningsvis att ansvarsprincipen måste tillämpas också för hälso- och sjukvården.

Utredningen konstaterar att det alltmer har framstått som mindre sannolikt att hälso- och sjukvården skulle kunna organiseras och bedrivas effektivt under krig på det sätt som gällande krigssjukvårdslagstiftning m. m. anger. Utredningen föreslår därför att landstingskommunerna i en kris- eller krigssituation inte bara skall fatta löpande beslut av drift- eller förvaltningskaraktär utan också – inom länet – besluta om förflyttning av sjukvårdens personal, omfördelning av utrustning och förnödenheter, hemskrivning eller förflyttning av sjuka och skadade samt i övrigt besluta om ändrade principer för resursernas användande.

Landstingen bör, framhåller utredningen, också i krig svara för sjukvårdsverksamheten på grundval av fastlagda sjukvårdspolitiska mål och inom ramen för tillgängliga resurser. Härvid planlägger, beslutar om och genomför landstingen de förändringar av verksamhetens omfattning, inriktning etc., som kan föranledas av de övergripande anvisningar och föreskrifter som länsstyrelsen, civilbefälhavaren eller socialstyrelsen meddelar.

Länsstyrelsernas specifika ansvar i krig för den civila hälso- och sjukvården föreslås överförd till landstingskommunerna. Länsstyrelsernas ansvar för denna verksamhet begränsas till ärenden som kräver beslut av länsstyrelsen i dess egenskap av högsta civila samordnande totalförsvarsmyndighet inom länet. Den landstingskommunala verksamheten skall givetvis bedrivas mot bakgrund av länsstyrelsens övergripande beslut om inriktning och samordning av de civila försvarsansträngningarna.

Landstingskommunal lednings- och förvaltningsorganisation i krig

Den landstingskommunala lednings- och förvaltningsorganisationen kommer i krig delvis att förändras och utvecklas. Krigssamhällets specifika krav torde främst motivera särskilda åtgärder för att tillförsäkra landstingets sjukvårdsledning kontinuerlig kännedom om läget inom sjukvårdsområdet samt för hantering av sjukvårdens viktiga försörjningsfrågor och den omfattande sjuktransportverksamheten. Mot denna bakgrund torde en krigsorganiserad landstingskommunal lednings- och förvaltningsorganisation kunna utformas med utgångspunkt i funktionerna ledning, sjukvårdsadministration, försörjning, sjuktransporter samt rapportering och lägesredovisning. Tyngdpunkten i krigssamhället ligger dock på sjukvårdsdistrikten (motsv.) och sjukvårdsinrättningarna. Kraven på organisationen på lokal nivå har inte behandlats av utredningen.

Gruppering

För att skapa goda betingelser för samverkan i krig föreslår utredningen att landstingets sjukvårdsledning grupperas vid krigsuppehållsplatsens ytterdel (den s. k. A 2-delen) tillsammans med försvarsområdesstabens hälso- och sjukvårdsavdelning och personal från länsstyrelsen. Av utrymmesskäl har gruppering vid den s. k. A 1-delen inte förordats. Vid denna bör dock finnas viss landstingskommunal representation i form av kontaktpersoner.

Samverkan

Samarbetet i krig mellan de två länsmyndigheterna länsstyrelse och landsting kan upprättas och bedrivas på olika sätt, beroende bl. a. på regionala och lokala förhållanden. Ett allmänt, löpande samarbete bör i viktiga principfrågor främst utövas av landshövdingen och förvaltningsutskottets ordförande samt inrymma erforderlig samverkan med försvarsområdesbefälhavaren.

Beslut om gemensam inriktning och samordnat utnyttjande av de totala hälso- och sjukvårdsresurserna måste kunna fattas vid behov. I krig kan det därför vara nödvändigt med regelbundna och formaliserade överläggningar mellan företrädare för landsting, länsstyrelse och försvarsområdesbefälhavare. Utredningen föreslår att en representant för varje myndighet konstituerar ett *samverkansorgan*; länssjukvårdsberedningen (LSB). LSB skall inte vara något ledningsorgan och övertar inte det ansvar som åvilar respektive myndighet. Beslut skall visserligen kunna fattas i anknytning till gemensamma överläggningar men inte av LSB som sådant utan av respektive myndighet genom sin befullmäktigade representant.

Socialstyrelsen bör, i samråd med andra berörda myndigheter, utfärda föreskrifter och råd om hur det länsvisa samarbetet skall bedrivas. Föreskrifterna får dock inte vara så detaljerade och bindande att de inte medger att samarbetet kan utformas med utgångspunkt i de mellan länen varierande förutsättningarna m. m.

Högre regional nivå

På högre regional nivå har utredningen funnit det angeläget att förstärka landstingskommunernas inflytande över de beslut som på denna nivå fattas om den civila hälso- och sjukvården. En möjlighet skulle därvid vara att i krig ålägga samtliga berörda landstingskommuner ett gemensamt ansvar för den civila hälso- och sjukvårdens samlade tillgångar och deras utnyttjande inom civilområdet. Landstingskommunerna skulle, inom ramen för CB:s övergripande beslut och anvisningar, besluta om förflyttning av personal, patienter och förnödenheter samt om ändrade principer för resursernas användande. För att svara för dessa uppgifter skulle det vara nödvändigt att inom varje civilområde inrätta en "högre" landstingskommunal sjukvårdsledning.

Utredningen har dock funnit, att ansvaret för operativ ledning av den civila hälso- och sjukvården inom civilområdet oförändrat bör åvila CB. En utveckling och breddning av det fredstida regionsjukvårdssamarbetet kan dock, framhåller utredningen, ge anledning att i ett längre tidsperspektiv på nytt pröva denna fråga.

Inom CB:s sektion B handläggs ärenden om såväl landstingskommunal hälso- och sjukvård som statlig och primärkommunal allmän hälsovård m. m. Detta förhållande, som har en historisk förklaring, innebär en risk för att de viktiga frågorna om allmän hälsovård, djursjukvård etc. inte får full genomslagskraft, då de är helt inordnade i de påträngande sjukvårdssammanhangen. USIK föreslår därför att CB:s sektion B delas upp på två sektioner; en sektion för allmän hälsovård m. m. samt en sjukvårdssektion.

I sjukvårdssektionen är det nödvändigt med medverkan från personer med

ingående kunskap om och erfarenhet av ledning och drift av den civila hälso- och sjukvården samt av regionsjukvårdssamarbete. Krigsplacerad chef för sektionen förutsätts vara en inom den civila hälso- och sjukvården verksam person från något av de i civilområdet ingående landstingen. Även i övrigt bör personal i huvudsak hämtas från landstingen och regionsjukvårdsnämndernas kanslier.

Samarbetet mellan CB och MB i sjukvårdsfrågor bör bedrivas på i princip samma sätt som föreslagits gälla inom länen. Chefen för CB:s sjukvårdssektion respektive miloläkaren bör konstituera samverkansorganet regionala sjukvårdsberedningen (RSB), som ersätter nuvarande regionala sjukvårdsledning (RSL). I anknytning till gemensamma överläggningar i RSB skall vid behov beslut kunna fattas för CB respektive MB enligt bemyndigande. För att samarbetet skall kunna bedrivas på ett smidigt sätt måste vidare milostabens och civokansliets enheter för sjukvårdsledning vara samgrupperade.

Central nivå

Även på central nivå har utredningen övervägt om en "central" landstingskommunal sjukvårdsledning borde inrättas i krig. Utredningen har emellertid funnit att det centrala, operativa ledningsansvaret för den civila hälso- och sjukvården i krig bör vara en statlig angelägenhet och åvila socialstyrelsen.

Socialstyrelsen föreslås därför i krig, utöver då kvarstående fredsuppgifter, äga att besluta om förflyttning av personal, patienter och förnödenheter samt i övrigt bestämma om de civila hälso- och sjukvårdsresursernas utnyttjande.

Den nödvändiga anknytningen av socialstyrelsens verksamhet i krig till den landstingskommunala sjukvårdsorganisationen bör ske genom att personer som i fred är verksamma inom det landstingskommunala området i erforderlig utsträckning krigsplaceras inom styrelsen.

Liksom på länsnivå och högre regional nivå måste, för samordnat utnyttjande av sjukvårdsresurserna, ett samarbete mellan olika myndigheter ske i former som planlagts och övats i fred. Beslut på central nivå i ärenden som rör mer än en gren av totalförsvarets hälso- och sjukvård skall därför kunna fattas för respektive myndighet av bemyndigade representanter i anknytning till formaliserade överläggningar inom en central sjukvårdsberedning (CSB). CSB ersätter nuvarande centrala sjukvårdsledning (CSL).

Representanter för socialstyrelsen, ÖB, civilförsvarsstyrelsen, överstyrelsen för ekonomiskt försvar och Apoteksbolaget AB föreslås ingå i CSB. Jämfört med nuvarande CSL innebär detta att ÖEF tillkommer, medan lantbruksstyrelsen och statens livsmedelsverk inte behöver vara permanent företrädare. Det är enligt utredningens mening tillräckligt om representanter för dessa senare myndigheter vid behov kan medverka i CSB.

Den dominerande ställning som den civila hälso- och sjukvården intar, talar för att CSB borde samgrupperas med socialstyrelsen. Detta är dock f. n., med de sambands- och kommunikationsmöjligheter som styrelsen har tillgång till på sin krigsuppehållsplats, inte möjligt. CSB bör därför, liksom nuvarande CSL, tills vidare samgrupperas med högkvarteret.

Anvisningar om samverkan på olika nivåer bör utfärdas av socialstyrelsen i samråd med andra berörda myndigheter.

Förberedelser i fred (kapitel 6)

USIK behandlar i kapitel 6 planläggningen i fred, utbildningen för hälso- och sjukvården i krig, personalförsörjningen samt materiel- och försörjningsberedskapen.

Planläggning

I fråga om planläggning (6.1) för sjukvården i krig konstaterar utredningen att beredskapsfrågor inte ingår i den fredstida sjukvårdsplaneringen, utan hanteras i särskild ordning vid sidan om fredssjukvården och dess utveckling. Beredskapsplanläggningen bygger inte på en i fredsverksamheten tillräckligt förankrad helhetssyn på hälso- och sjukvården i krig som ett sammansatt och avvägt system.

Landstingskommunerna föreslås mera aktivt än hittills planlägga för sjukvården i krig. Planläggningen bör i så stor utsträckning som möjligt bedrivas inom ramen för den fredstida sjukvårdsplaneringen. Den medicinska katastrofberedskapen i fred bör ses som ett led i sjukvårdsberedskapen inför krig. Nuvarande centrala detaljreglering av beredskapsplanläggningen föreslås så långt möjligt ersatt med övergripande ramar, som främst skall syfta till att planläggningen får en viss enhetlig, samordnad inriktning. Staten bör, liksom hittills, svara för de merkostnader som landstingskommunerna åsamkas för planläggning och andra förberedande åtgärder för beredskap och krig.

Utbildning

Utbildningen av personal för hälso- och sjukvården i krig (6.2) uppvisar en mycket splittrad bild. Försvars- och katastrofmedicinska aspekter beaktas redan i samband med grundutbildningen för vissa grupper, t. ex. läkare och sjuksköterskor. Socialstyrelsen bedriver viss utbildningsverksamhet för den personal som är krigsplacerad inom den civila hälso- och sjukvården. Inom försvarsmakten sker utbildning av den personal som tjänstgör i den militära sjukvårdsorganisationen. Den i civilt försvars sjukvårdstjänst ingående personalen får en viss, mycket begränsad utbildning.

Flertalet anställda inom sjukvården har under sin yrkesutbildning eller yrkesverksamhet inte fått någon särskild utbildning alls om de speciella svårigheter sjukvården utsätts för vid katastrof eller krig.

Utredningen har funnit det väsentligt att totalförsvarets sjukvårdspersonal har en gemensam kunskapsbas dels om sjukvårdens i krig innehåll, dels om de skilda sjukvårdsorganisationernas funktion och ledning. Med ett sådant synsätt är det naturligt att eftersträva att den nuvarande, på flera huvudmän splittrade, utbildningsverksamheten ersätts av en för totalförsvaret så långt möjligt gemensam och samordnad utbildningsorganisation. Det har emellertid inte ankommit på USIK att närmare behandla utbildningen för sjukvården i krig. Utredningen har dock funnit en parlamentarisk översyn av utbildningen för totalförsvarets hälso- och sjukvård i krig så angelägen, att den genom skrivelse till regeringen den 14 november 1978 hemställt om ett tilläggsuppdrag för att kunna ta upp även dessa frågor (bilaga 4).

083 Vissa allmänna synpunkter på utbildningen redovisas i betänkandet.
084 Angelägenheten av att ge försvars- och katastrofmedicinsk utbildning en
085 naturlig anknytning till fredssjukvården betonas. Ett ökat landstingskom-
086 muntalt ansvarstagande för utbildningen förordas. Utredningen understryker
087 också vikten av att ledningsövningar för krigsorganiserade landstingskom-
088 muner kommer till stånd. Sjukvården bör vidare få större tyngd i den
089 övningsverksamhet som bedrivs på olika nivåer inom totalförsvaret.

090 Läkare omfattas av särskild utbildningsplikt i *fred*. De kan åläggas att
091 under högst 60 dagar delta i utbildning och övning för tjänst. I princip anser
092 utredningen att all personal inom hälso- och sjukvården bör omfattas av
093 sådan utbildningsplikt i *fred*. En utvidgning av utbildningsplikten skulle
094 bidra till att ytterligare stärka sjukvårdens funktionsförmåga vid fredskata-
095 strofer och i krig. Eftersom konsekvenserna av en sådan åtgärd är svåröver-
096 skådliga bör denna fråga prövas närmare vid en fortsatt parlamentarisk
097 översyn av utbildningsfrågorna.

098

002 Personalplanering

100 För att sjukvården skall kunna fylla sin viktiga funktion i krig är det
101 nödvändigt med en redan i fred väl genomförd personalplanering (6.3).
102 Krigssjukvårdslagen innehåller bestämmelser om tjänsteplikt för medicinal-
103 personal. Annan personal, t. ex. administrativ personal, ekonomipersonal,
104 teknisk personal, kan i vissa fall disponeras med stöd av allmänna tjänste-
105 pliktslagen. Utredningen har funnit, att denna uppdelning av sjukvårdens
106 personal i två kategorier försvårar sjukvårdens personalförsörjning i krig och
107 inte är ändamålsenlig. En enhetlig tjänsteplikt för all personal inom hälso-
108 och sjukvården föreslås därför införd. Den nödvändiga fördelningen av
109 personal mellan försvarsmakten, den civila hälso- och sjukvården och
110 civilförsvaret bör, som redan nu är fallet, ske genom ett löpande samarbete
111 mellan socialstyrelsen och försvarets sjukvårdsstyrelse och även innefatta
112 erforderligt samråd med berörda sjukvårdshuvudmän.

113 Landstingskommunerna har successivt tagit på sig en allt större del av
114 ansvaret för den civila hälso- och sjukvårdens personalplanering. Kostna-
115 derna härför bör enligt USIK omfattas av statens bidrag till landstingskom-
116 munerna (kapitel 7).

117

004 Materiel- och försörjningsberedskapen

119 Materiel- och försörjningsberedskapen för sjukvården i krig (6.4) har
120 behandlats av flera utredningar under 1960- och 1970-talen. Samtliga har
121 varit eniga om att landstingskommunerna i ökad utsträckning borde
122 medverka vid beredskapslagring för hälso- och sjukvårdens behov. Utred-
123 ningen har därför genom skrivelse i juli 1978 föreslagit att förhandlingar
124 upptas om kommunal och landstingskommunal medverkan i materiel- och
125 försörjningsberedskapen (bilaga 5).

126

Kostnader och finansiering (kapitel 7)

Statens kostnader för planläggning, utbildning och andra förberedande åtgärder i fred för verksamheten inom den civila hälso- och sjukvården i krig (programmet Sjukvård) beräknas 1978/79 uppgå till drygt 58 milj. kr. En stor del av denna summa – ca 50 milj. kr. – avser kostnader för materiel- och försörjningsberedskapen (investeringar för beredskapslager av läkemedel, anskaffning av utrustning samt driftkostnader för beredskapslagring av läkemedel, utrustning m. m.).

Till sjukvårdshuvudmännen utgår statsbidrag för beredskapsplanläggning med knappt 3 milj. kr. (1978).

USIK erinrar i sina överbäganden och förslag (avsnitt 7.2) om att sjukvården i krig och under avspärning i enlighet med 1977 års försvarsbeslut måste ägnas särskild uppmärksamhet. Riksdagen har genom bifall till proposition 1976/77:74 uttalat att sjukvårdsresurserna är helt otillräckliga under avspärning och krig eller att de inte kan utnyttjas rationellt och att det är angeläget att bristerna undanröjs.

Regeringen har i april 1978 meddelat tilläggsdirektiv till samtliga kommittéer angående finansiering av reformer. Regeringen framhåller bl. a. att kommittéerna nogga bör överväga hur eventuella kostnadskrävande förslag skall kunna finansieras genom omprövning av pågående verksamhet och omfördelning av befintliga resurser inom det område kommitténs förslag avser.

USIK anser att det inte finns något utrymme för omprövning och omprioritering av pågående verksamheter inom hälso- och sjukvårdsberedskapen område, om 1977 års försvarsbeslut skall kunna fullföljas. Utredningen understryker istället att den i försvarsbeslutet avsedda satsningen på sjukvården i krig ännu inte helt slagit igenom på kostnadssidan på grund av att ställning inte tagits till omfattningen av beredskapslagringen av sjukvårdsmateriel av förbrukningskaraktär.

De kostnadsökningar som direkt föranleds av USIK:s förslag inskränker sig till höjda anslag för den landstingskommunala beredskapsplanläggningen (nedan). Utredningen har vidare föreslagit en ettårig försöksverksamhet med sjuktransporter med helikopter till en kostnad av högst 3 milj. kr. (kapitel 4).

Därest den statsfinansiella situationen inte skulle medge en ökad medelstildelning bör en omfördelning av totalförsvarsanslagen ske.

Vad gäller statsbidragsgivningen till den landstingskommunala beredskapsplanläggningen föreslår USIK att förhandlingar upptas mellan staten och företrädare för sjukvårdshuvudmännen. Utgångspunkten bör därvid vara att statsbidraget skall täcka kostnaderna för all landstingskommunal beredskapsplanläggning, för personalplanering samt viss utbildning och information.

Vissa andra utredningar (kapitel 8)

Utredningen redogör i kapitel 8 för vissa andra utredningar av betydelse för sjukvården i krig, bl. a. hälso- och sjukvårdsutredningen (HSU), regionsjukvårdsutredningen och 1978 års försvarskommitté.

Författningsmässig reglering (kapitel 9)

Utgångspunkten för den författningsmässiga översyn som utredningen har genomfört har varit, att den i fred gällande sjukvårdslagstiftningen bör utgöra grunden för de bestämmelser som skall gälla i krig. Utredningen har inte funnit det motiverat att bibehålla den nuvarande, särskilda krigssjukvårdslagstiftningen. Sjukvårdslagen och – kungörelsen bör således, så långt möjligt är, gälla också i krig. Regeringen föreslås dock få meddela föreskrifter om sjukvården i krig, som skall gälla även i den mån de strider mot sjukvårdslagen eller annan fredstida sjukvårdslagstiftning.

Lagen om kommunal beredskap ålägger kommuner och landstingskommuner att under beredskapstillstånd upprätthålla eller utöva för totalförsvaret viktig verksamhet som landstingskommunen svarar för redan i fred samt att planlägga härför. Lagen gäller dock inte i fråga om hälso- och sjukvård om den strider mot krigssjukvårdslagstiftningen. Utredningen föreslår att lagen om kommunal beredskap utvidgas till att utan inskränkningar omfatta *all* landstingskommunal verksamhet. Härigenom får landstingskommunerna ett enhetligt ansvar för all sin verksamhet i krig och planläggning härför i fred.

Krigssjukvårdslagstiftningen innehåller utförliga bestämmelser om ledning av den civila hälso- och sjukvården och om samverkan inom totalförsvaret. Dessa bestämmelser bör ersättas med allmänna föreskrifter i den kommunala beredskapslagstiftningen om ledning och samverkan inom totalförsvaret.

I fråga om den särskilda tjänsteplikten i krig för medicinalpersonal föreslår USIK att denna utvidgas till att omfatta all personal inom hälso- och sjukvården. Bestämmelser härom bör meddelas i en särskild lag om tjänsteplikt för hälso- och sjukvårdspersonal. För veterinärpersonal bör bestämmelser om tjänsteplikt intas i en särskild krigsveterinärlagstiftning.

*Utredningens förslag i att-satser***Totalförsvarets hälso- och sjukvård (kapitel 3)**

Utredningen föreslår

- att försvarsmakten även i framtiden skall disponera en egen sjukvårdsorganisation i krig med resurser för dels daglig sjukvård vid lindrigare olycksfall och sjukdomar, dels kvalificerat akut omhändertagande vid stridsskador, svåra olycksfall och akuta sjukdomar
- att de 13 fasta militära krigssjukhusen i övre Norrland och på Gotland överförs till den civila hälso- och sjukvårdens krigsorganisation samt att förhandlingar upptas mellan staten och sjukvårdshuvudmännen (Västerbottens och Norrbottens läns landsting samt Gotlands kommun) om formerna för överförandet
- att civilförsvarets ansvar, uppgifter och resurser för räddningstjänst och sjuktransporter överförs till kommuner och landstingskommuner.

Sjuktransporter (kapitel 4)

Utredningen föreslår

- att försvarsmakten oförändrat skall disponera egna resurser för akuttransporter
- att ansvaret i krig för sjuktransporter inom länen skall åvila landstingskommunerna
- att ansvarsfördelningen i övrigt vad avser organiserande och genomförande av sjuktransporter i krig samt planläggning härför i fred ses över vid en kommunalisering av civilförsvarets sjukvårdstjänst
- att de regionala länsalarmeringscentralerna (LAC) utrustas för att kunna användas för den direkta sjuktransportdirigeringen inom länen i krig,
- att sjuktransportfordonen utrustas så att de kan ledas och dirigeras med radiokommunikationer
- att behovet av helikoptrar för sjuktransporter i krig studeras inom totalförsvaret
- att en ettårig försöksverksamhet med helikopter för sjuktransporter i fred kommer till stånd och att kostnaden härför (högst 3 milj. kr.) helt täcks av statsmedel.

Ansvar, ledning och samverkan i krig (kapitel 5)

Länsnivå

Utredningen föreslår

- att ledningsansvaret för den civila hälso- och sjukvården i krig överförs från länsstyrelserna till landstingskommunerna
- att landstingets sjukvårdsledning i krig grupperas tillsammans med försvarsområdesstabens hälso- och sjukvårdsavdelning samt med erforderlig personal från länsstyrelsen vid krigsuppehållsplatsens ytterdel (A 2-delen)
- att landstingskommunal representation skall finnas i A 1-delen i form av kontaktpersoner
- att beslut om gemensam inriktning och samordnat utnyttjande av de totala hälso- och sjukvårdsresurserna vid behov skall kunna fattas i anknytning till formaliserade överläggningar mellan företrädare för landsting, länsstyrelse och försvarsområdesbefälhavare
- att bemyndigade företrädare för var och en av de tre myndigheterna konstituerar ett samverkansorgan; länssjukvårdsberedningen (LSB)
- att samverkan i krig sker i former som förberetts och övats i fred.

Högre regional nivå

Utredningen föreslår

- att ansvaret för operativ ledning av den civila hälso- och sjukvården i krig inom civilområdet oförändrat bör åvila CB
- att krigsplacerad chef för CB:s sjukvårdssektion skall vara en inom den civila hälso- och sjukvården verksam person från någon av de i civilom-

rådet ingående landstingen

- att personalen i sjukvårdssektionen även i övrigt i huvudsak hämtas från sjukvårdshuvudmännen och regionsjukvårdsnämndernas kanslier
- att chefen för CB:s sjukvårdssektion och miloläkaren konstituerar en regional sjukvårdsberedning (RSB), som ersätter nuvarande regionala sjukvårdsledning (RSL) och som skall vara ett organ för samverkan mellan CB och MB i sjukvårdsfrågor
- att milöstabens och civokansliets sjukvårdsenheter samgrupperas.

Central nivå

Utredningen föreslår

- att det centrala, operativa ledningsansvaret för den civila hälso- och sjukvården i krig liksom hittills, under regeringen, bör åvila socialstyrelsen
- att personer som i fred är verksamma inom det landstingskommunala området i erforderlig utsträckning krigsplaceras inom socialstyrelsen
- att nuvarande centrala sjukvårdsledning (CSL) ersätts med en central sjukvårdsberedning (CSB), bestående av bemyndigade beslutsfattare för socialstyrelsen, ÖB, civilförsvarsstyrelsen, överstyrelsen för ekonomiskt försvar och Apoteksbolaget AB
- att anvisningar om samverkan på olika nivåer inom totalförsvarets hälso- och sjukvård utfärdas av socialstyrelsen i samråd med ÖB, överstyrelsen för ekonomiskt försvar, civilförsvarsstyrelsen, riksnämnden för kommunal beredskap och landstingsförbundet.

Förberedelser i fred (kapitel 6)

Planläggning

Utredningen föreslår

- att landstingskommunerna åläggs ett mer aktivt planläggningsansvar för sjukvården i krig
- att ett nytt system för beredskapsplanläggning införes, så att planläggningen i så stor utsträckning som möjligt bedrivs i anslutning till den fredstida sjukvårdsplaneringen
- att den medicinska katastrofberedskapen i fred ses som ett led i sjukvårdsberedskapen inför krig
- att nuvarande centrala detaljreglering av beredskapsplanläggningen så långt möjligt är ersätts med övergripande ramar, som främst syftar till att planläggningen får en viss enhetlig, samordnad inriktning
- att staten, liksom hittills, svarar för de merkostnader som landstingskommunernas beredskapsplanläggning medför

Utbildning

Utredningen föreslår

- att utbildningen i försvars- och katastrofmedicin ges en naturlig anknytning till fredssjukvården
- att landstingskommunerna får ett ökat ansvar för utbildningen för hälso- och sjukvård i krig
- att utbildningen för totalförsvarets hälso- och sjukvård i krig blir föremål för en parlamentarisk översyn

Personalplanering

Utredningen föreslår

- att enhetlig tjänsteplikt i krig införes för all hälso- och sjukvårdspersonal
- att landstingen får ett ökat ansvar för personalplaneringen för hälso- och sjukvården i krig.

Kostnader och finansiering (kapitel 7)

Utredningen föreslår

- att statsbidrag helt skall täcka landstingens kostnader för beredskapsplanläggning (planläggning och personalplanering samt viss utbildning och information).
- att statsbidragskonstruktionen, bidragets storlek samt dess fördelning mellan sjukvårdshuvudmännen fastställs efter förhandlingar mellan staten och företrädare för sjukvårdshuvudmännen.

Författningsförslag

Förslag till

Lag om ändring i lagen (1964:63) om kommunal beredskap

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1964:63) om kommunal beredskap¹

dels att i 2, 4, 8–9, 11–12, 18 och 21 §§ orden ”under beredskapstillstånd” skall utbytas mot ”i krig”,

dels att 1, 5–7, 14, 16 och 22 §§ samt rubriken närmast före 1 § skall ha nedan angivna lydelse,

dels att i lagen skall införas två nya paragrafer, 14 a och 23 §§ av nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse

Vissa kommunala och landstingskommunala uppgifter *under beredskapstillstånd*.

Föreslagen lydelse

Vissa kommunala och landstingskommunala uppgifter *i krig m. m.*

1 §

Kommun är under beredskapstillstånd skyldig att i de hänseenden, i vilka kommunen är verksam för kommunens egna medlemmar eller dem som eljest äro bosatta i kommunen, utöva verksamhet jämväl till förmån för sådan befolkning från annan kommun, som till följd av krigsskada, utrymning eller andra med krig eller krigsfara sammanhängande utomordentliga förhållanden tagit uppehåll inom kommunen. Härvid skola dock gälla de begränsningar, som följa av att vistelsen i kommunen icke är avsedd att fortgå, när de utomordentliga förhållandena upphört, eller av föreskrifter, vilka meddelats i eller med stöd av lag eller författning, avsedda att tillämpas

Kommer riket i krig eller meddelar regeringen föreskrift enligt tredje stycket är kommun skyldig att i de hänseenden, i vilka kommunen är verksam för kommunens egna medlemmar eller dem som eljest äro bosatta i kommunen, utöva verksamhet jämväl till förmån för sådan befolkning från annan kommun, som till följd av krigsskada, utrymning eller andra med krig eller krigsfara sammanhängande utomordentliga förhållanden tagit uppehåll inom kommunen. Härvid skola dock gälla de begränsningar, som följa av att vistelsen i kommunen icke är avsedd att fortgå, när de utomordentliga förhållandena upphört, eller av föreskrifter, vilka meddelats i eller med

¹ Lagen omtryckt 1977:417

Nuvarande lydelse

under nämnda förhållanden. Kommun är på grund av vad i denna lag stadgas icke skyldig att till nyssnämnd befolkning utgiva fredsmässig social kontantförmån.

Vad i första stycket sagts om kommun tillämpas på motsvarande sätt i fråga om landstingskommun.

Föreslagen lydelse

stöd av lag eller författning, avsedda att tillämpas under nämnda förhållanden. Kommun är på grund av vad i denna lag stadgas icke skyldig att till nyssnämnd befolkning utgiva fredsmässig social kontantförmån.

Regeringen får föreskriva att denna lag helt eller delvis skall tillämpas från tidpunkt som regeringen bestämmer för riket eller del därav om riket är i krigsfara eller om det råder andra utomordentliga förhållanden.

Föreskrift enligt tredje stycket skall underställas riksdagens prövning inom en månad från det den utfärdades eller, om riksmöte ej pågår, från början av närmast följande riksmöte. Sker ej underställning eller godkänner riksdagen ej föreskriften inom två månader från det underställning skedde, upphör föreskriften att gälla.

5 §

Kommun och landstingskommun, varifrån utrymning sker, äro under beredskapstillstånd skyldiga att, i den mån förhållandena medgiva det, lämna bistånd åt kommun och landstingskommun, där befolkning från utrymningsområdet inkvarteras i större omfattning. Biståndet skall särskilt avse tillhandahållande av personal och utrustning för verksamheten för de inkvarterade. Enas ej kommunerna och landstingskommunerna om biståndet, äger länsstyrelsen i det län, där utrymningsområdet är beläget, förordna därom.

Blir till följd av krigsskada, inkvartering av utrymmande eller andra med krig eller krigsfara sammanhängande utomordentliga förhållanden för totalförsvaret viktig kommunal eller

Kommun och landstingskommun, varifrån utrymning sker, äro i krig skyldiga att, i den mån förhållandena medgiva det, lämna bistånd åt kommun och landstingskommun, där befolkning från utrymningsområdet inkvarteras i större omfattning. Biståndet skall särskilt avse tillhandahållande av personal och utrustning för verksamheten för de inkvarterade. Enas ej kommunerna och landstingskommunerna om biståndet, äger *civilbefälhavaren i det civilområde eller* länsstyrelsen i det län, där utrymningsområdet är beläget, förordna därom.

Blir till följd av krig för totalförsvaret viktig kommunal eller landstingskommunal verksamhet i viss kommun eller landstingskommun så betungande, att bistånd i verk-

Nuvarande lydelse

landstingskommunal verksamhet i viss kommun eller landstingskommun så betungande, att bistånd i verksamheten oundgängligen erfordras, är *under beredskapstillstånd* annan kommun eller landstingskommun skyldig att efter särskilt förordnande därom tillfälligt lämna sådant bistånd. Om dylikt bistånd förordnar länsstyrelsen i det län, där den biståndslämnande kommunen eller landstingskommunen är belägen.

Utan hinder av 3 § första stycket förvaltningslagen (1971:290) äga 14–20 §§ nämnda lag tillämpning i ärenden hos länsstyrelsen som avses i första och andra styckena.

Föreslagen lydelse

samheten oundgängligen erfordras, är *i krig* annan kommun eller landstingskommun skyldig att efter särskilt förordnande därom tillfälligt lämna sådant bistånd. Om dylikt bistånd förordnar *civilbefälhavaren i det civilområde eller* länsstyrelsen i det län, där den biståndslämnande kommunen eller landstingskommunen är belägen.

Utan hinder av 3 § första stycket förvaltningslagen (1971:290) äga 14–20 §§ nämnda lag tillämpning i ärenden hos *civilbefälhavaren eller* länsstyrelsen som avses i första och andra styckena.

6 §

Det åligger kommun och landstingskommun att redan i fredstid vidtaga de förberedelser som erfordras för att kommunen eller landstingskommunen skall kunna såväl fullgöra sina uppgifter enligt 1, 2 och 4 §§ samt 5 § första stycket denna lag som upprätthålla eller utöva annan för totalförsvaret viktig verksamhet, vilken åligger kommunen eller landstingskommunen enligt särskild lag eller författning eller eljest bedrivs av kommunen eller landstingskommunen.

Kommun eller landstingskommun, som ombesörjer distribution av gas, värme, vatten eller elektricitet eller ombesörjer renhållning eller ansvarar för samfärdsleder, kommunikationer eller avlopp eller som utövar annan därmed jämförlig verksamhet, skall även vidtaga förberedelser för att verksamheten i erforderlig omfattning skall kunna återupptagas efter krigsskador.

Efter länsstyrelsens förordnande äro kommun och landstingskommun skyldiga att vidtaga reservanordningar för gas-, vatten- och elek-

Det åligger kommun och landstingskommun att redan i fredstid vidtaga de förberedelser *och upprätta de planer* som erfordras för att kommunen eller landstingskommunen skall kunna såväl fullgöra sina uppgifter enligt 1, 2 och 4 §§ samt 5 § första stycket denna lag som upprätthålla eller utöva annan för totalförsvaret viktig verksamhet, vilken åligger kommunen eller landstingskommunen enligt särskild lag eller författning eller eljest bedrivs av kommunen eller landstingskommunen.

Efter länsstyrelsens förordnande äro kommun och landstingskommun skyldiga att vidtaga reservanordningar för gas-, vatten- och elek-

Nuvarande lydelse

tricitetsförsörjningen samt de särskilda anordningar eller förberedelser för vattenförsörjningen och *den allmänna hälsovården* som behövs med hänsyn till planlagd inkvartering i kommunen eller landstingskommunen. I fråga om kommuns skyldighet att vidta reservanordningar som äro avsedda uteslutande för brandförsvarets försörjning med vatten gäller dock 40 § 1 mom. b) civilförsvarslagen (1960:74).

Såvitt avser förberedelser enligt andra stycket skola förberedelserna ske under beaktande av den risk för krigsskador, för vilken verksamheten kan antagas vara utsatt.

Föreslagen lydelse

tricitetsförsörjningen samt de särskilda anordningar eller förberedelser för vattenförsörjningen och *hälsoskyddet* som behövs med hänsyn till planlagd inkvartering i kommunen eller landstingskommunen. I fråga om kommuns skyldighet att vidta reservanordningar som äro avsedda uteslutande för brandförsvarets försörjning med vatten gäller dock 40 § 1 mom. b) civilförsvarslagen (1960:74).

7 §

Finner länsstyrelsen det erforderligt med hänsyn till beredskapsuppgifternas omfattning eller betydelse i viss kommun, att dennas förberedelser redovisas i särskild plan, skall kommunen efter länsstyrelsens förordnande upprätta och antaga sådan plan samt underställa länsstyrelsen denna för godkännande. *Vad nu sagts om kommun tillämpas på motsvarande sätt i fråga om landstingskommun. Plan för landstingskommun behöver dock ej underställas länsstyrelsen.*

Länsstyrelsen äger förordna om revision av kommunala *och landstingskommunala* beredskapsplaner, då det påkallas av ändrade förhållanden.

Finner länsstyrelsen det erforderligt med hänsyn till beredskapsuppgifternas omfattning eller betydelse i viss kommun, att dennas förberedelser redovisas i särskild plan, skall kommunen efter länsstyrelsens förordnande upprätta och antaga sådan plan samt underställa länsstyrelsen denna för godkännande.

Länsstyrelsen äger förordna om revision av kommunala beredskapsplaner, då det påkallas av ändrade förhållanden.

14 §

Inom varje län åligger det länsstyrelsen att följa tillämpningen av denna lag. Länsstyrelsen skall därvid tillse att såväl förberedelsearbetet som själva verksamheten bedrivs på ett ändamålsenligt sätt samt samordnas med annan beredskapsplanläggning och försvarsverksamhet.

Under beredskapstillstånd äger länsstyrelsen, om det anses oundgängligt för samordning av försvarsansträngningarna, meddela kommun och landstingskommun före-

I krig äger civilbefälhavaren eller länsstyrelsen, om det anses oundgängligt för samordning av försvarsansträngningarna, meddela kommun och landstingskommun före-

Nuvarande lydelse

skrift i avseende å verksamhetens bedrivande och inriktning.

När materiel eller personal som är avsedd för kommuns tekniska verksamhet oundgängligen behövs i civilförsvarets räddningsarbete, äger civilförsvarschefen *under beredskapstillstånd* meddela föreskrifter om inriktningen av kommunens nämnda verksamhet. Detta gäller dock ej i den mån länsstyrelsen enligt andra stycket meddelat föreskrift om samma verksamhet.

Föreslagen lydelse

skrift i avseende å verksamhetens bedrivande och inriktning.

När materiel eller personal som är avsedd för kommuns tekniska verksamhet oundgängligen behövs i civilförsvarets räddningsarbete, äger civilförsvarschefen *i krig* meddela föreskrifter om inriktningen av kommunens nämnda verksamhet. Detta gäller dock ej i den mån *civilbefälhavaren eller* länsstyrelsen enligt andra stycket meddelat föreskrift om samma verksamhet.

14 a §

Om statsbidrag till kostnaderna för förberedelser och planläggning som enligt 6 § första stycket utföres av landstingskommun eller kommun som ej tillhör landstingskommun finns särskilda bestämmelser.

16 §

Har kommun jämlikt 7 § upprättat särskild plan, som godkänts av länsstyrelsen, äger kommunen erhålla statsbidrag med 90 procent eller den större del av planläggningskostnadens belopp som regeringen medger, allt i den mån kostnaden kan anses skälig. När plan första gången upprättas, skall planläggningskostnaden beräknas efter grunder som regeringen fastställer. Kommunen äger dock erhålla statsbidrag enligt första punkten, om kommunen gör framställning därom till länsstyrelsen inom två månader från den dag då kommunen fick del av förordnandet om planläggningen.

Vad i första stycket sagts om kommun tillämpas på motsvarande sätt i fråga om landstingskommun. Landstingskommun äger dock erhålla statsbidrag, även om planen ej har underställts länsstyrelsen för godkännande.

22 §

I fråga om hälso- och sjukvården gälla bestämmelserna i denna lag endast i den mån de ej strida mot krigssjukvårdslagen (1953:688) eller föreskrifter som ha meddelats med stöd av den lagen.

Regeringen får meddela särskilda bestämmelser om hälso- och sjukvården samt hälsoskyddet i krig. Föreskrift i lag eller författning skall ej gälla i den mån den strider mot sådana särskilda bestämmelser.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

23 §

Utan hinder av 2 § förfogandela-
gen (1978:262) får regeringen i krig,
vid krigsfara eller andra utomordent-
liga förhållanden föreskriva att
nämnda lag helt eller delvis skall
tillämpas för att tillgodose den civila
hälso- och sjukvårdens eller det
civila hälsoskyddets behov.

Denna lag träder i kraft den
(1953:688) skall upphöra att gälla.

, då krigssjukvårdslagen

Förslag till**Förordning om ändring i kommunala beredskapskungörelsen (1964:722).**

Härigenom föreskrivs i fråga om kommunala beredskapskungörelsen
(1964:722)¹

dels att i 1 § orden "den allmänna hälsovården" skall utbytas mot "det
civila hälsoskyddet",

dels att i 2 och 3 §§ ordet "beredskapssjukhus" skall utbytas mot
"sjukhus"

dels att 7 § skall ha nedan angivna lydelse,

dels att i kungörelsen skall införas fyra nya paragrafer, 9–12 §§, av nedan
angivna lydelse.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*7 §²

Befogenhet enligt 12 § lagen
(1964:63) om kommunal beredskap
att *under beredskapstillstånd* förordna
att kommun eller landstingskom-
mun skall övergå till eller bibehålla
krigsorganisation tillkommer läns-
styrelsen.

Befogenhet enligt 12 § lagen
(1964:63) om kommunal beredskap
att förordna att kommun eller lands-
tingskommun skall övergå till eller
bibehålla krigsorganisation tillkom-
mer länsstyrelsen.

¹ Senaste lydelse av

1 § 1971:379

2 § 1977:418

3 § 1971:379

² Senaste lydelse

1977:418

9 §

Under regeringen leder socialsty-
relsen den civila hälso- och sjukvår-
den och det civila hälsoskyddet i

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

krig. Efter förordnande av regeringen får socialstyrelsen besluta om förflyttning av personal, patienter och förnödenheter samt i övrigt bestämma om resursernas utnyttjande.

Motsvarande befogenheter tillkommer inom civilområde civilbefälhavaren samt inom sjukvårdsområde och i fråga om den civila hälso- och sjukvården landstingskommun eller kommun som ej tillhör landstingskommun.

Länsstyrelsen leder det civila hälso- och sjukvårdsområdet inom länet. Om länsstyrelsens befogenhet att meddela kommun och landstingskommun föreskrift om bistånd i vissa fall samt om verksamhetens bedrivande och inriktning finns bestämmelser i lagen (1964:63) om kommunal beredskap.

10 §

För samverkan i fråga om utnyttjandet av hälso- och sjukvårdens tillgångar i krig, vid krigsfara och andra utomordentliga förhållanden skall finnas

1. på central nivå en central sjukvårdsberedning med representanter för socialstyrelsen, överbefälhavaren, civilförsvarsstyrelsen, överstyrelsen för ekonomiskt försvar och Apoteksbolaget AB,

2. inom civil- och militärområde (högre regional nivå) regionala sjukvårdsberedningar med representanter för civilbefälhavaren och militärbefälhavaren och

3. i varje län en länssjukvårdsberedning med representanter för länsstyrelse, försvarsområdesbefälhavare och landstingskommun eller kommun som ej tillhör landstingskommun.

Närmare föreskrifter om samverkan enligt första stycket skall redan i

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

fred meddelas av socialstyrelsen i samråd med överbefälhavaren, civilförsvarsstyrelsen, överstyrelsen för ekonomiskt försvar, riksnämnden för kommunal beredskap och landstingsförbundet.

11 §

För den civila hälso- och sjukvården gäller följande beredskapsgrader, beredskapsgrad III (lägsta beredskapsgraden), beredskapsgrad II och beredskapsgrad I (högsta beredskapsgraden).

Beredskapsgrad III innebär

att intagning på sjukhus om möjligt begränsas till fall, som kräver skyndsam vård, eller till fall, där behovet av sjukhusvård beräknas bli kortvarigt;

att byggnadsarbeten och installationer vidtas i lokaler, som skall tas i bruk vid krigsorganisation;

och att sådana förberedelser i övrigt vidtas att fullständig övergång till krigsorganisation underlättas;

Beredskapsgrad II innebär, utöver beredskapsgrad III,

att utskrivning av patienter skall ske i största möjliga utsträckning;

Beredskapsgrad I innebär

att övergång skall ske till fullständig krigsorganisation. andra fall förordnar regeringen.

12 §

Efter förordnande av regeringen får socialstyrelsen i samråd med överbefälhavaren och civilförsvarsstyrelsen besluta,

att verksamheten inom den civila hälso- och sjukvården helt eller delvis skall krigsorganiseras och

att hälso- och sjukvårdspersonal skall inkallas till tjänstgöring.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

Denna förordning träder i kraft den _____, då krigssjukvårdskungörelsen (1955:442) skall upphöra att gälla.

Förslag till**Lag om tjänsteplikt för hälso- och sjukvårdspersonal m. m.**

Häriigenom föreskrivs följande

1 § Den som är sysselsatt inom hälso- och sjukvården eller hälsoskyddet eller har tidigare yrkeserfarenhet inom något av dessa verksamhetsområden är från och med det kalenderår han fyller 16 år till och med det kalenderår han fyller 70 år skyldig att i krig tjänstgöra inom verksamhetsområdet.

För den som fullgör militärtjänst eller vapenfri tjänst gäller ej tjänsteplikt enligt denna lag.

2 § Regeringen får föreskriva att denna lag skall tillämpas från tidpunkt som regeringen bestämmer om riket är i krigsfara eller om det råder andra utomordentliga förhållanden.

Föreskrift enligt första stycket skall underställas riksdagens prövning inom en månad från det den utfärdades eller, om riksmöte ej pågår, från början av närmast följande riksmöte. Sker ej underställning eller godkänner riksdagen ej föreskriften inom två månader från det underställning skedde, upphör föreskriften att gälla.

3 § Den som är behörig att utöva läkaryrket eller avlagt läkarexamen och som ej före kalenderårets början fyllt 70 år är skyldig att under högst 60 dagar delta i utbildning och övning för tjänstgöring som avses i 1 §.

Värnpliktig som är tjänstepliktig får åläggas att delta i utbildning och övning under den längre tid som han kunnat åläggas värnpliktstjänstgöring.

4 § Regeringen eller myndighet som regeringen bestämmer meddelar närmare föreskrifter angående vilken personal som skall omfattas av tjänsteplikt, om registrering av personalen, om fördelning av tjänstepliktig personal och om ersättning åt den som fullgör utbildning eller övning eller tjänstgör enligt denna lag.

5 § Den som underlåter att fullgöra skyldighet som ålagts honom med stöd av 1–3 §§ dömes till böter eller fängelse i högst sex månader om ej gärningen är belagd med straff i brottsbalken.

Denna lag träder i kraft den _____

Övergångsbestämmelser

Vad som i 3 § sägs om den som avlagt läkarexamen tillämpas på motsvarande sätt i fråga om den som enligt äldre bestämmelser avlagt medicine kandidatexamen och genomgått för medicine licentiatexamen föreskrivna kurser i medicin och kirurgi.

Förslag till

Förordning om tjänsteplikt för hälso- och sjukvårdspersonal m. m.

Härigenom föreskrivs följande.

1 § Socialstyrelsen meddelar i samråd med arbetsmarknadsstyrelsen, civilförsvarsstyrelsen och försvarets sjukvårdsstyrelse bestämmelser angående vilken personal som skall omfattas av tjänsteplikt enligt lagen om tjänsteplikt för hälso- och sjukvårdspersonal m. m.

2 § Socialstyrelsen skall i den utsträckning det behövs registrera tjänstepliktig personal.

3 § Den som är tjänstepliktig och dennes arbetsgivare skall lämna de uppgifter för registrering som socialstyrelsen föreskriver.

4 § Socialstyrelsen och försvarets sjukvårdsstyrelse skall i samråd fördela för krigsplacering tjänstepliktig personal inom totalförsvaret.

5 § Socialstyrelsen skall krigsplacera den personal som enligt 4 § disponeras för tjänstgöring inom den civila hälso- och sjukvården och det civila hälsoskyddet.

6 § Försvarets sjukvårdsstyrelse skall, i samråd med vederbörande försvarsgrenschef, fördela personal som enligt 4 § disponeras för krigsplacering vid försvarsmakten. Sådan personal krigsplaceras och inkallas till tjänstgöring enligt för försvarsmakten gällande bestämmelser.

7 § Beslut om krigsplacering inom den civila hälso- och sjukvården eller det civila hälsoskyddet skall meddelas den krigsplacerade samt den hos vilken den krigsplacerade skall tjänstgöra.

8 § Beslut om fördelning av personal för krigsplacering vid försvarsmakten skall meddelas den som avses med beslutet och truppregistreringsmyndigheten.

9 § Socialstyrelsen får i samråd med annan central myndighet eller landstingskommun eller kommun som ej tillhör landstingskommun överlåta på denna att registrera, för krigsplacering fördela samt krigsplacera grupper av

hälso- och sjukvårdspersonal samt att meddela föreskrifter för registrering av denna personal.

10 § I samband med krigsplacering av personal inom den civila hälso- och sjukvården eller det civila hälsoskyddet skall krigsplaceringsorder utsändas i den utsträckning det behövs.

Duplett av krigstjänstgöringsorder skall

i fråga om personal inom den civila hälso- och sjukvården tillställas den kommun eller landstingskommun hos vilken den krigsplacerade skall tjänstgöra,

i fråga om personal inom det civila hälsoskyddet tillställas länsstyrelsen i det län där den krigsplacerade skall tjänstgöra.

11 § Personal som disponeras för tjänstgöring inom den civila hälso- och sjukvården inkallas till tjänstgöring av socialstyrelsen eller efter beslut av styrelsen av den kommun eller landstingskommun hos vilken den krigsplacerade skall tjänstgöra.

Personal som disponeras för tjänstgöring inom det civila hälsoskyddet inkallas till tjänstgöring av socialstyrelsen eller efter beslut av styrelsen av länsstyrelsen i det län där den krigsplacerade skall tjänstgöra.

Vid avbrott i förbindelserna eller om särskilt skäl föreligger får myndighet, som enligt 10 § fått duplett av krigstjänstgöringsorder, inkalla denna personal till tjänstgöring.

12 § Om ersättning och andra förmåner till personal som fullgör tjänsteplikt, utbildning och övning finns särskilda bestämmelser.

13 § Den, som underlåter att fullgöra uppgiftsskyldighet enligt 3 § eller vid fullgörande av sådan uppgiftsskyldighet uppsåtligen lämnar oriktig uppgift, dömes till böter om ej gärningen är belagd med straff i brottsbalken.

Allmänt åtal för brott som avses i första stycket får väckas endast efter anmälan av socialstyrelsen eller myndighet som registrerat den som åtalsanmälan skall avse.

14 § Talan mot beslut av kommun eller landstingskommun angående fördelning för krigsplacering eller krigsplacering föres hos socialstyrelsen genom besvär. Talan mot beslut av styrelsen eller annan central myndighet enligt 9 § föres hos regeringen genom besvär. Beslut enligt 9 § länder omedelbart till efterrättelse.

Denna förordning träder i kraft den

Förslag till**Lag om civil veterinärverksamhet i krig m. m.**

Häriigenom föreskrivs följande

1 § Med civil veterinärverksamhet avses den veterinärverksamhet som står under lantbruksstyrelsens eller statens livsmedelsverks inseeende.

2 § I krig skall den civila veterinärverksamheten organiseras enligt bestämmelser som meddelas av regeringen.

Bestämmelser i lag eller författning som avser veterinärverksamhet och som strider mot denna lag eller föreskrifter som meddelas med stöd av denna lag gäller inte i krig.

3 § Regeringen får föreskriva att denna lag helt eller delvis skall tillämpas från tidpunkt som regeringen bestämmer för riket eller del därav om riket är i krigsfara eller om det råder andra utomordentliga förhållanden.

Föreskrift enligt första stycket skall underställas riksdagens prövning inom en månad från det den utfärdades eller, om riksmöte ej pågår, från början av närmast följande riksmöte. Sker ej underställning eller godkänner riksdagen ej föreskriften inom två månader från det underställning skedde, upphör föreskriften att gälla.

4 § Utan hinder av 2 § förfogandelagen (1978:262) får regeringen i krig, vid krigsfara eller andra utomordentliga förhållanden föreskriva att nämnda lag helt eller delvis skall tillämpas för att tillgodose den civila veterinärverksamhetens behov.

5 § Redan i fred skall de planer upprättas och de förberedelser i övrigt vidtas som behövs för övergång till krigsorganisation enligt 2 §.

6 § Kostnaderna för att överföra den civila veterinärverksamheten till krigsorganisation och för den krigsorganiserade veterinärverksamheten bestrids av statsmedel.

7 § Den som är sysselsatt inom veterinärverksamhet eller har tidigare yrkeserfarenhet inom detta verksamhetsområde är från och med det kalenderår han fyller 16 år till och med det kalenderår han fyller 70 år skyldig att i krig tjänstgöra inom verksamhetsområdet.

För den som fullgör militärtjänst eller vapenfri tjänst gäller ej tjänsteplikt enligt denna lag.

8 § Regeringen eller myndighet som regeringen bestämmer meddelar närmare föreskrifter angående vilken personal som skall omfattas av tjänsteplikt, registrering och fördelning av sådan tjänstepliktig personal samt ersättning åt den som fullgör tjänst enligt denna lag.

9 § Den som underlåter att fullgöra skyldighet som ålagts honom med stöd av 7 § dömes till böter eller fängelse i högst sex månader om ej gärningen är belagd med straff i brottsbalken.

Denna lag träder i kraft den

Förslag till Krigsveterinärförordning

Häriigenom föreskrivs följande

1 § I krig samt, efter förordnande av regeringen, vid krigsfara eller andra utomordentliga förhållanden skall 2–6 §§ tillämpas.

2 § Lantbruksstyrelsen och statens livsmedelsverk utövar envar inom sitt ansvarsområde den centrala ledningen av den civila veterinärverksamheten i krig.

Lantbruksstyrelsen delar in landet i krigsveterinärområden och kan dela in sådant område i krigsveterinärdistrikt.

Lantbruksstyrelsen upprättar veterinärmedicinska laboratorier för laboratorieundersökningar och tillverkning av bakteriologiska preparat.

3 § Om civilbefälhavarens uppgifter i fråga om den civila veterinärverksamheten finns bestämmelser i instruktionen (1970:363) för civilbefälhavare.

4 § Länsstyrelsen leder den civila veterinärverksamheten i länet och samordnar den med övrig civil verksamhet inom totalförsvaret.

5 § I varje krigsveterinärområde skall finnas en krigstjänsteveterinär, biträdande krigstjänsteveterinärer samt den veterinärpersonal i övrigt som lantbruksstyrelsen bestämmer efter samråd med statens livsmedelsverk.

Krigstjänsteveterinären leder den civila veterinärverksamheten i krigsveterinärområdet. Han har det närmaste inseendet över hälso- och sjukvården i fråga om husdjur samt över livsmedelskontrollen i den mån denna ej faller inom stadsveterinärs eller besiktningsveterinärs ansvarsområde. Han har i övrigt de uppgifter som åligger distriktsveterinär enligt allmänna veterinärinstruktionen (1971:810). Lantbruksstyrelsen kan efter samråd med livsmedelsverket befria krigstjänsteveterinär från sistnämnda uppgifter.

Biträdande krigstjänsteveterinär biträder vid den civila veterinärverksamheten i krigsveterinärdistrikt och med de uppgifter som avses i andra stycket.

Stationeringsort för krigstjänsteveterinär och biträdande krigstjänsteveterinär bestäms av lantbruksstyrelsen.

6 § Lantbruksstyrelsen, statens livsmedelsverk, civilbefälhavare eller länsstyrelse får besluta, att civil veterinärpersonal skall förflyttas eller att förnödenheter för verksamheten skall omfördelas.

Lantbruksstyrelsen, civilbefälhavare och länsstyrelse får besluta att krigstjänsteveterinär eller biträdande krigstjänsteveterinär skall tjänstgöra i mer än ett krigsveterinärområde eller biträda inom försvarsmaktens veterinärtjänst.

7 § Inom den civila veterinärverksamheten gäller följande beredskapsgrader; III, II och I.

Beredskapsgrad III (lägsta beredskapsgraden) innebär att

lokaler som skall användas vid krigsorganisation färdigställs och att i fråga om materiel sådana förberedelser vidtas som underlättar övergång till krigsorganisation.

Beredskapsgrad II innebär att

de åtgärder som angetts för beredskapsgrad III vidtas, om detta icke redan skett och att skärpt livsmedelskontroll förbereds.

Beredskapsgrad I (högsta beredskapsgraden) att övergång sker till krigsorganisation.

Lantbruksstyrelsen får i samråd med överbefälhavaren besluta att verksamheten vid veterinärmedicinska laboratorier helt eller delvis skall krigsorganiseras och att veterinärpersonal skall inkallas till tjänstgöring. I fråga om personal för livsmedelskontroll skall samråd ske även med statens livsmedelsverk.

8 § Organisationsplan för krigsveterinärområde skall upprättas av länsstyrelse och för veterinärmedicinskt laboratorium av lantbruksstyrelsen.

9 § Organisationsplan för krigsveterinärområde skall innehålla uppgift om veterinärdistrikt och krigsveterinärdistrikt inom området, krigstjänsteveterinärens stationeringsort, veterinärpersonal som är krigsplacerad i området och underställd krigstjänsteveterinären, distriktsöverläkarens stationeringsort, hälsovårdsnämnderna inom området, de veterinärmedicinska och humanbakteriologiska laboratorier, apotek och anstalter för livsmedelskontroll, som finns inom området, övriga anordningar inom området som har betydelse för den civila veterinärverksamheten.

10 § Organisationsplan för veterinärmedicinskt laboratorium skall innehålla uppgift om

laboratoriets omfattning samt anordningar för att tillgodose behovet av lokaler, personal och materiel, anordningar för förläggning, förplägnad och sjukvård, behovet av medel för att upprätta och driva laboratoriet.

11 § Till veterinärpersonal i denna förordning hänföres

- a) den som är behörig att utöva veterinäryrket,
- b) den som genomgått teoretisk eller praktisk utbildning för veterinäryrket,

c) den som är besiktningsassistent i besiktningsveterinärorganisationen,
d) den som i minst nio månader tjänstgjort som sjukvårdsbiträde eller tekniskt biträde vid djursjukhus som lantbruksstyrelsen bestämmer eller som, utbildningstiden inberäknad, tjänstgjort som laboratoriebiträde eller innehaft annan kvalificerad laboratorietjänst vid veterinärmedicinskt laboratorium,

Har den som avses i d) slutat sin tjänst innan han tjänstgjort sammanlagt två år, skall han ej hänföras till veterinärpersonal när fem år förflutit från tjänstgöringens slut.

12 § Lantbruksstyrelsen registrerar i den utsträckning det behövs veterinärpersonalen. I tveksamma fall skall frågan avgöras i samråd med arbetsmarknadsstyrelsen.

13 § Den som är veterinärpersonal och dennes arbetsgivare är skyldig att lämna uppgifter för registrering enligt 12 §.

14 § Lantbruksstyrelsen och försvarets sjukvårdsstyrelse skall i samråd avväga behovet av veterinärpersonal inom totalförsvaret samt gemensamt bestämma hur sådan personal skall fördelas. Beslut i fråga om personal för livsmedelskontroll skall fattas i samråd med statens livsmedelsverk.

I fråga om veterinärpersonal som även är hälso- och sjukvårdspersonal enligt lagen om tjänsteplikt för hälso- och sjukvårdspersonal m. m. bestämmer lantbruksstyrelsen och socialstyrelsen gemensamt om personalens fördelning mellan den civila veterinärverksamheten och den civila hälso- och sjukvården eller det civila hälsoskyddet.

15 § Lantbruksstyrelsen krigsplacerar veterinärpersonal för tjänstgöring inom den civila veterinärverksamheten.

Krigsplacering av personal för livsmedelskontroll sker i samråd med statens livsmedelsverk.

Krigsplacering vid enskilt företag sker efter samråd med företagsledningen.

16 § Besked om krigsplacering inom den civila veterinärverksamheten sänds till den krigsplacerade samt till civilbefälhavaren i det civilområde och länsstyrelsen i det län där den krigsplacerade skall tjänstgöra.

17 § I samband med krigsplacering bör krigstjänstgöringsorder färdigställas. Duplett av ordern sänds till länsstyrelsen i det län där den krigsplacerade skall tjänstgöra.

18 § Veterinärpersonal inkallas till tjänstgöring inom den civila veterinärverksamheten genom krigstjänstgöringsorder av lantbruksstyrelsen. Vid förbindelseavbrott eller om andra särskilda skäl föreligger inkallas veterinärpersonalen till tjänstgöring av länsstyrelsen i det län där tjänstgöringen skall ske.

19 § Den som underlåter att fullgöra uppgiftsskyldighet enligt 13 § eller uppsåtligen lämnar oriktig uppgift, dömes, om gärningen ej är belagd med straff i brottsbalken, till böter. Allmänt åtal får väckas endast efter anmälan av lantbruksstyrelsen.

20 § Talan mot beslut om krigsplacering enligt denna förordning föres hos regeringen genom besvär. Sådant beslut länder till efterrättelse utan hinder av förd talan.

Denna förordning träder i kraft den _____, då krigsveterinärkungörelsen (1966:768) upphör att gälla.

Förslag till

Lag om ändring i allmänna tjänstepliktslagen (1959:83)

Härigenom föreskrivs att 2 § allmänna tjänstepliktslagen (1959:83) skall ha nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse

Förordnande jämlikt 4, 5, 8 eller 9 § må meddelas för att tillgodose ändamål av synnerlig vikt för det allmänna, såsom folkförsörjningen eller samfärdseln eller *krigsmaktens* eller civilförsvarets utrustning, underhåll eller anläggnings- och reparationsarbeten. Sådant förordnande må dock ej gälla vapentjänst vid *krigsmakten*.

Om tillgodoseendet av hälso- och sjukvården *samt* veterinärverksamhetens behov av *medicinalpersonal* vid krig och andra utomordentliga förhållanden gäller vad därom är särskilt stadgat. För tillgodoseende av sådant behov må förordnande som omförmäles i första stycket ej meddelas.

Föreslagen lydelse

2 §¹

Förordnande jämlikt 4, 5, 8 eller 9 § må meddelas för att tillgodose ändamål av synnerlig vikt för det allmänna, såsom folkförsörjningen eller samfärdseln eller *försvarsmaktens* eller civilförsvarets utrustning, underhåll eller anläggnings- och reparationsarbeten. Sådant förordnande må dock ej gälla vapentjänst vid *försvarsmakten*.

Om tillgodoseendet av *den civila* hälso- och sjukvårdens, *det civila* hälsoskyddets *samt den civila* veterinärverksamhetens behov av *personal* vid krig och andra utomordentliga förhållanden gäller vad därom är särskilt stadgat. För tillgodoseende av sådant behov må förordnande som omförmäles i första stycket ej meddelas.

¹ Senaste lydelse 1966:53

Denna lag träder i kraft den _____

Förslag till**Förordning om ändring i beredskapskungörelsen (1960:515)**

Härigenom föreskrivs att 5, 9, 10 och 13 §§ beredskapskungörelsen (1960:515) skall ha nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse

Inom *det allmänt civila medicinalväsendet* skall, när beredskapstillstånd inträder, lägsta sjukvårdsberedskap (beredskapsgrad III) intagas inom hela riket.

Inom *det civila veterinärväsendet* skall, när beredskapstillstånd inträder, lägsta beredskapsgrad för *veterinärväsendet* (beredskapsgrad III) intagas inom hela riket.

Gives beredskapslarm skall högsta sjukvårdsberedskap (beredskapsgrad I) och högsta beredskapsgrad inom *veterinärväsendet* (beredskapsgrad I) intagas inom hela riket.

*Föreslagen lydelse*5 §¹

Inom *den civila hälso- och sjukvården* skall, när beredskapstillstånd inträder, lägsta sjukvårdsberedskap (beredskapsgrad III) intagas inom hela riket.

Inom *den civila veterinärverksamheten* skall, när beredskapstillstånd inträder, lägsta beredskapsgrad för *veterinärverksamheten* (beredskapsgrad III) intagas inom hela riket.

Gives beredskapslarm skall högsta sjukvårdsberedskap (beredskapsgrad I) och högsta beredskapsgrad inom *den civila veterinärverksamheten* (beredskapsgrad I) intagas inom hela riket.

9 §²

I mom. Beredskapslarm innebär – i den mån regeringen icke bestämmer annat beträffande viss eller vissa författningar – förordnande om omedelbar tillämpning av följande författningar i deras helhet:

lagen (1939:299) om förbud i vissa fall mot överlåtelse eller upplåtelse av fartyg m. m.,

lagen (1940:176) med vissa bestämmelser om fraktfart med svenska fartyg,

lagen (1942:87) med särskilda bestämmelser angående stats- och kommunalmyndigheterna och deras verksamhet vid krig eller krigsfara m. m.,

lagen (1952:269) om skyldighet för civilförsvarspliktig att tjänstgöra vid krigsmakten,

krigssjukvårdslagen (1953:688),

lagen (1964:63) om *kommunal beredskap*,

lagen om tjänsteplikt för hälso- och sjukvårdspersonal m. m.,

lagen om civil veterinärverksamhet i krig m. m.,

allmänna prisregleringslagen (1956:236),

lagen (1957:132) med särskilda bestämmelser angående domstolarna och rättegången vid krig eller krigsfara m. m.,

lagen (1957:684) om betalningsväsendet under krigsförhållanden,

förordningen (1957:686) om taxeringsväsendet under krigsförhållanden m. m.,

¹ Senaste lydelse 1966:769

² Senaste lydelse 1978:562

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

lagen (1959:73) med vissa bestämmelser om inländsk försäkringsrörelse vid krig m. m.,

lagen (1959:74) med vissa bestämmelser om utländsk försäkringsrörelse här i riket vid krig m. m.,

allmänna tjänstepliktslagen (1959:83),

lagen (1960:22) om statlig krigsförsäkring,

lagen (1962:627) om vissa åtgärder för utnyttjande av vattenkraft vid krig m. m.,

krigshandelslagen (1964:19),

lagen (1964:47) om krigshjälp,

lagen (1964:64) om skyldighet att upplåta inkvarteringsbostad i krig m. m.,

lagen (1973:861) om lokal kristidsförvaltning,

förfogandelagen (1978:262),

ransoneringslagen (1978:268).

2 mom. Beredskapslarm medför – i den mån regeringen icke bestämmer annat beträffande viss eller vissa författningar – att följande författningar träda i omedelbar tillämpning:

kungörelsen (1943:137) om tillämpning av lagen den 13 mars 1942 (nr 87) med särskilda bestämmelser angående stats- och kommunalmyndigheterna och deras verksamhet vid krig eller krigsfara m. m.,

gränsövervakningskungörelsen (1944:728),

kungörelsen (1953:21) angående tillämpning av lagen den 30 maj 1952 (nr 269) om skyldighet för civilförsvarspliktig att tjänstgöra vid krigsmakten, m. m.,

krigssjukvårdskungörelsen
(1955:442)

kommunala beredskapskungörelsen
(1964:722)

förordningen om tjänsteplikt för hälso- och sjukvårdspersonal m. m.,

kungörelsen (1957:236) med vissa bestämmelser i anledning av lagen den 22 juni 1939 (nr 299) om förbud i vissa fall mot överlåtelse eller upplåtelse av fartyg m. m.,

kungörelsen (1958:27) angående användning inom marinen av tullverkets kustbevakning under beredskapstillstånd eller krigstillstånd,

kungörelsen (1959:177) angående byggnads- och reparationsberedskapen,

kungörelsen (1960:516) med tillämpningsföreskrifter till lagen den 21 mars 1940 (nr 176) med vissa bestämmelser om fraktfart med svenska fartyg,

krigsveterinärkungörelsen
(1966:768),

krigsveterinärförordningen,

kungörelsen (1973:206) om motorreparationstjänsten.

Beredskapslarm medför vidare att förordningen (1975:1004) med krigsinstruktion för länsstyrelserna och 4–14 §§ instruktionen (1970:363) för civilbefälhavare träda i omedelbar tillämpning.

10 §³

Beredskapslarm innebär – i den mån regeringen icke bestämmer

³ Senaste lydelse 1978:562

Beredskapslarm innebär – i den mån regeringen icke bestämmer

Nuvarande lydelse

annat – förordnande dels om tjänsteplikt jämlikt 8 och 9 §§ allmänna tjänstepliktslagen med de begränsningar som följer av 2 § samma lag, dels om tjänsteplikt för *medicinalpersonal* jämlikt 9 § krigssjukvårdslagen i den omfattning som följer av 8 § samma lag.

Föreslagen lydelse

annat – förordnande dels om tjänsteplikt jämlikt 8 och 9 §§ allmänna tjänstepliktslagen med de begränsningar som följer av 2 § samma lag, dels om tjänsteplikt för *hälso- och sjukvårdspersonal* jämlikt *lagen om tjänsteplikt för hälso- och sjukvårdspersonal m. m. samt dels om tjänsteplikt för veterinärpersonal* jämlikt *lagen om civil veterinärverksamhet i krig m. m.*

Beredskapslarm innebär tillika – i den mån regeringen icke bestämmer annat – förordnande jämlikt 2 § lagen med vissa bestämmelser om fraktfart med svenska fartyg.

13 §⁴

Beredskapslarm innebär order till personal, som är krigsplacerad vid försvarsmakten, civilförsvaret *eller det allmänt civila medicinalväsendet* eller eljest är tjänstgöringsskyldig inom det totala försvarets krigsorganisation, att ofördröjligen inställa sig till tjänstgöring enligt anvisningar i krigsplaceringsorder eller motsvarande handlingar.

Beredskapslarm innebär order till personal, som är krigsplacerad vid försvarsmakten, civilförsvaret *den civila hälso- och sjukvården, det civila hälsoskyddet eller den civila veterinärverksamheten* eller eljest är tjänstgöringsskyldig inom det totala försvarets krigsorganisation, att ofördröjligen inställa sig till tjänstgöring enligt anvisningar i krigsplaceringsorder eller motsvarande handlingar.

Beredskapslarm innebär tillika order, att egendom, som uttagits i fredstid med stöd av förordningen (1978:561) om förberedelser för krigsanskaffning, ofördröjligen skall tillhandahållas i enlighet med tidigare lämnade uttagningsbesked.

Denna förordning träder i kraft den

⁴Senaste lydelse 1978:562

Förslag till**Förordning om ändring i förordningen (1967:606) med instruktion för socialstyrelsen.**

Härigenom föreskrivs att 5 § förordningen (1967:606) med instruktion för socialstyrelsen skall ha nedan angiven lydelse.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*5 §¹

I fråga om krigsorganisationen för socialvården *samt hälso- och sjuk-*

I fråga om krigsorganisationen för socialvården, *den civila hälso- och*

¹Senaste lydelse 1977:988

Nuvarande lydelse

vården har styrelsen särskilt att leda, övervaka och samordna den regionala och lokala planläggningen av krigsorganisationen för den *allmänt* civila hälso- och sjukvården.

Meddela anvisningar enligt föreskrifterna i 1 och 6 §§ kommunala beredskapskungörelsen (1964:722)

meddela föreskrifter för tillämpningen av lagen (1964:27) om krigshjälp registrera, för krigsplacering förde- la och krigsplacera *medicinalperso- nal*,

sörja för *försvarsmedicinsk* utbildning av *medicinalpersonal*,

verkställa utredningar om beredskapen på socialvårdens och den *allmänt* civila hälso- och sjukvårdens områden och hos regeringen göra de framställningar som behövs *på områdena*,

anskaffa materiel för den *allmänt* civila hälso- och sjukvårdsberedskapen samt svara för förvaring, vård och underhåll av denna materiel i den mån annat icke bestämmes,

planlägga utnyttjandet av landets tillgångar i fråga om läkemedel och sjukvårdsmateriel samt biträda överstyrelsen för *ekonomisk försvarsberedskap* vid handläggningen av försörjningsfrågor på hälso- och sjukvårdens område.

Socialstyrelsen samordnar rikets förberedelser för läkemedelsförsörjningen i krig.

Denna förordning träder i kraft den

Föreslagen lydelse

sjukvården *samt det civila hälso- skyddet* har styrelsen särskilt att

leda, övervaka och samordna den regionala och lokala planläggningen av krigsorganisationen för den *civila* hälso- och sjukvården *samt det civila hälsoskyddet*.

registrera, för krigsplacering förde- la och krigsplacera *hälso- och sjukvårdspersonal samt personal inom det civila hälsoskyddet*,

sörja för utbildning av *hälso- och sjukvårdspersonal samt personal inom det civila hälsoskyddet*,

verkställa utredningar om beredskapen på socialvårdens, den civila hälso- och sjukvårdens *samt det civila hälsoskyddets* områden och hos regeringen göra de framställningar som behövs,

anskaffa materiel för den civila hälso- och sjukvårdsberedskapen samt svara för förvaring, vård och underhåll av denna materiel i den mån annat icke bestämmes,

planlägga utnyttjandet av landets tillgångar i fråga om läkemedel och sjukvårdsmateriel samt biträda överstyrelsen för *ekonomiskt försvar* vid handläggningen av försörjningsfrågor på hälso- och sjukvårdens område.

Förslag till**Förordning om ändring i instruktionen (1970:363) för civilbefälhavare.**

Härigenom föreskrivs att 6 § instruktionen (1970:363) för civilbefälhavare skall ha nedan angivna lydelse.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

6 §

Civilbefälhavaren får meddela länsstyrelserna inom civilområdet föreskrifter för verksamheten.

Om det är nödvändigt för samordning av försvarsansträngningarna, får civilbefälhavaren meddela annan regional civil myndighet med statliga förvaltningsuppgifter inom civilområdet, riksdagens verk dock undantagna, föreskrifter i fråga om verksamheten.

Om rätt för civilbefälhavare att meddela kommuner och landstingskommuner föreskrifter om bistånd och om verksamhetens bedrivande och inriktning finns bestämmelser i lagen (1964:63) om kommunal beredskap.

Denna förordning träder i kraft den

Förslag till**Förordning om ändring i förordning (1975:1004) med krigsinstruktion för länsstyrelserna.**

Härigenom föreskrivs att 2 och 4 §§ i förordning (1975:1004) med krigsinstruktion för länsstyrelserna skall ha nedan angivna lydelse.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

2 §

Länsstyrelsen skall såsom högsta civila totalförsvarsmyndighet inom länet verka för att största möjliga försvarseffekt uppnås. Länsstyrelsen skall därvid

verka för att sådan verksamhet hos civila myndigheter och andra civila organ som har betydelse för försvarsansträngningarna bedrivs med en enhetlig inriktning,

samordna de civila försvarsåtgärderna,

i samråd med vederbörande försvarsområdesbefälhavare verka för att det civila och det militära försvaret samordnas,

verka för att länets tillgångar fördelas och utnyttjas så att försvarsansträngningarna främjas.

Länsstyrelsen skall i försvarsfrågor iakttaga föreskrifter som har meddelats av centrala myndigheter och civilbefälhavaren.

Om rätt för länsstyrelsen att meddela kommuner och landstingskommuner föreskrifter om bistånd och om verksamhetens bedrivande och inriktning finns bestämmelser i lagen (1964:63) om kommunal beredskap.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

4 §

Det åligger länsstyrelsen särskilt
 att leda civilförsvaret,
 att leda *den allmänt civila hälso- och sjukvården* och den civila veteri-
 närverksamheten, att leda *det civila hälsoskyddet* och
 den civila veterinärverksamheten,
 att leda det psykologiska försvaret och vidtaga åtgärder för att bevara och
 stärka befolkningens försvarsvilja och motståndskraft,
 att leda polisväsendet och svara för att allmän ordning och säkerhet
 upprätthålles,
 att utöva transportreglering samt leda landsvägstransporter och sjötrans-
 porter,
 att vidtaga åtgärder för att trygga befolkningens försörjning och totalför-
 svarets behov av förnödenheter samt fullgöra uppgifter i fråga om undan-
 försel och förstöring,
 att svara för att verksamhet av betydelse för totalförsvaret tillgodoses med
 arbetskraft,
 att leda vägväsendet,
 att övervaka att den socialvårdande verksamheten upprätthålles och
 bedrivs på sätt som är lämpligt med hänsyn till befolkningsomflyttningar
 och övriga förhållanden,
 att vidtaga åtgärder för att trygga betalningsväsendet och penningförsörj-
 ningen,
 att verka för att förbindelserna upprätthålles,
 att i övrigt vidtaga åtgärder för den statliga och kommunala förvaltningens
 anpassning efter rådande förhållanden.

Denna förordning träder i kraft den

Förslag till**Förordning om ändring i uppskovskungörelsen (1973:939)**

Härigenom föreskrivs att 22 § uppskovskungörelsen (1973:939) skall ha
 nedan angivna lydelse

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

22 §

Denna kungörelse gäller ej för den
 som är underkastad tjänsteplikt för
medicinalpersonal eller för personal
 vid sjöfartsverkets regionala och
 lokala organisation för lots- och
 fyrväsendet.

Denna kungörelse gäller ej för den
 som är underkastad tjänsteplikt för
*hälso- och sjukvårdspersonal, för vete-
 rinärpersonal* eller för personal vid
 sjöfartsverkets regionala och lokala
 organisation för lots- och fyrväsen-
 det.

Denna förordning träder i kraft den

Förslag till

Förordning om ändring i kungörelse (1953:21) angående tillämpning av lagen (1952:269) om skyldighet för civilförsvarspliktig att tjänstgöra vid krigsmakten m. m.

Härigenom föreskrivs att 3 § kungörelse (1953:21) angående tillämpning av lagen (1952:269) av lagen om skyldighet för civilförsvarspliktig att tjänstgöra vid krigsmakten m. m. skall ha nedan angivna lydelse.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

3 §

Vid uttagning skall iakttagas följande.

1. I första hand skola uttagas för uppgiften lämpliga frivilliga.
 2. Uttagning må ej ske i sådan omfattning att rekryteringen till civilförsvaret eller i övrigt till verksamhet, som är av vikt för försvaret, äventyras.
 3. Den som är inskriven i allmänna civilförsvaret eller såsom verkskydds- eller hemskyddsledare eller ersättare för dylik må ej uttagas, uttagningsmyndighet obetaget att hos civilförsvarschefen påkalla att inskrivningen skall upphävas eller ock, om så ej sker, hänskjuta frågan därom till personalprövningsnämnden för avgörande.
 4. Civilförsvarspliktig, vars användning i civil sysselsättning under krig är nödvändig för folkförsörjningen eller eljest för det allmänna, må ej uttagas. Till ledning för prövningen huruvida uttagning på sådan grund ej får ske utfärdar *riksnämnden för ekonomisk försvarsberedskap* i samråd med arbetsmarknadsstyrelsen och chefen för försvarsstaben erforderliga föreskrifter.
 5. Den som enligt vad därom är särskilt stadgat hänföres till *medicinalpersonal* må ej uttagas.
4. Civilförsvarspliktig, vars användning i civil sysselsättning under krig är nödvändig för folkförsörjningen eller eljest för det allmänna, må ej uttagas. Till ledning för prövningen huruvida uttagning på sådan grund ej får ske utfärdar *överstyrelsen för ekonomiskt försvar* i samråd med arbetsmarknadsstyrelsen och chefen för försvarsstaben erforderliga föreskrifter.
 5. Den som enligt vad därom är särskilt stadgat hänföres till *hälso- och sjukvårdspersonal eller civil veterinärpersonal* må ej uttagas.

Denna förordning träder i kraft den

1911

1911

1911

1911

1911

1911

1911

1911

1911

1911

1911

1911

1911

1 Historik

En fungerande sjukvård utgör basen för samhällets trygghetssystem och är en samhällsservice som värderas högt av den enskilde. I krig blir sjukvårdens betydelse än större. Dess funktionsförmåga kan då vara avgörande för motståndskraft och försvarsvilja.

Svensk sjukvårds stora resurser samt höga medicinska och tekniska standard är internationellt erkänd. Sjukvårdens möjligheter att fungera väl i ett krig har däremot ifrågasatts på grundval av en rad belagda svagheter.

1.1 Krigssjukvårdslagstiftningen

Under 1900-talets första decennier präglades krigssjukvårdsplaneringen i Sverige av bedömningen att ett krigs direkta personella skadeverkningar huvudsakligen skulle vara begränsade till försvarsmakten. Enligt den då gängse uppfattningen gällde det för den samlade hälso- och sjukvården att uppehålla den hygieniska standarden såväl inom försvarsmakten som hos civilbefolkningen, att bereda vård åt sårade soldater och att – så långt resurserna medgav och utan några egentliga förändringar – fortsätta den fredsmässiga sjukvården. Försvarsmakten skulle vid mobilisering tillföras särskilda sjukvårdsresurser, dels rörliga vid de stridande förbanden, dels fasta vårdanläggningar (s. k. krigssjukhus).

Den militärtekniska utvecklingen medförde emellertid vid mitten av 1930-talet att ett krig på ett helt annat sätt än tidigare skulle drabba civilbefolkningen. Några år före andra världskrigets utbrott lades därför grunden till det nuvarande civilförsvaret. Civilförsvarets sjukvårdstjänst skulle svara för det första omhändertagandet av civila som skadades vid krigshandling, särskilt vid flyganfall.

Vad gäller den civila hälso- och sjukvården ägnades det största intresset åt den slutna akutsjukvården. Såväl försvarsmaktens som civilförsvarets sjukvårdstjänst betraktades som ett komplement till den civila hälso- och sjukvården.

Författningsmässigt återspeglas detta synsätt i 1939 års lag om sjukhusvård vid krig eller krigsfara. Syftet med lagen var att skapa formella förutsättningar för en omställning och eventuell utökning av de fredstida civila akutsjukhusens verksamhet vid krig samt att ange uppgiftsfördelningen mellan dessa sjukhus och de militära krigssjukhusen. Båda slagen av sjukhus förutsattes motta såväl civila som militära patienter. Samma år tillkom en förordning,

som reglerade den högsta ledningen av verksamheten.

Mot bakgrund av kraven på krigssjukvården och utvecklingen av samhällets sjukvård i fred ökade successivt insikten om att inte endast verksamheten vid akutsjukhus, utan även annan sjukvård skulle vara av stor betydelse i händelse av krig och därför borde planeras för omställning till krigsförhållanden. 1939 års lag reglerade emellertid, som ovan nämnts, i huvudsak enbart den slutna akutsjukvården och tog sålunda inte hänsyn till vårdformer som öppen vård, hälsovård eller försörjning med läkemedel, sjukvårdsmateriel etc. Behovet av ny författningsreglering var därför stort.

Med uppgift att utforma bestämmelser som skulle täcka i princip hela hälso- och sjukvårdens område lät Kungl. Maj:t år 1950 tillkalla en särskild utredningsman (expeditionschefen Erik Montell). Denne överlämnade i juli 1952 betänkandet Hälso- och sjukvården vid krig och andra utomordentliga förhållanden (SOU 1952:22).

Huvudsakligen i enlighet med utredningsmannens förslag framlade Kungl. Maj:t i proposition 1953:222 förslag till lag om hälso- och sjukvård vid krig och andra utomordentliga förhållanden (krigssjukvårdslag). Propositionen bifölls av riksdagen (andra lagutskottet 1953:37, rskr 393).

1953 års riksdagsbeslut medförde inte några förändringar i den organisatoriska uppbyggnaden av totalförsvarets sjukvårdstjänst. Möjligheten att etablera en för hälso- och sjukvården i krig gemensam organisation hade visserligen övervägts men förkastades. Såväl försvarsmakten som civilförsvaret bedömdes behöva vissa egna sjukvårdsresurser som komplement till den civila hälso- och sjukvården. För försvarsmaktens vidkommande ansågs det inte möjligt att låta en civil organisation ta hand om hälso- och sjukvården vid de stridande förbanden. För civilförsvaret befanns att det första omhändertagandet av skadade personer måste nära samordnas med andra räddningsåtgärder, som ankom på civilförsvaret.

Sjukvårdshuvudmännen – dvs. i princip landstingskommunerna – ålades att i fred planlägga för övergång till krigsorganisation av den civila hälso- och sjukvården och att i krig ansvara för drift av denna. Länsstyrelserna skulle dock svara för den s. k. operativa ledningen¹ av den civila sjukvården inom länen.

Krigssjukvårdslagen av år 1953 (1953:688), som enbart reglerar den civila hälso- och sjukvården, gäller alltså, liksom den något senare utfärdade krigssjukvårdskungörelsen (1955:442). Hälso- och sjukvårdens fredsorganisation har sedan krigssjukvårdslagstiftningens tillkomst genomgått en rad betydande förändringar.

1.2 Fredssjukvårdens utveckling

Under de senaste decennierna har allt fler uppgifter ålagts kommuner och landsting. Syftet har varit att anpassa olika samhällsverksamheter till skiftande regionala och lokala förhållanden samt att härvid uppnå ett mera direkt medborgarinflytande. Samtidigt som ansvaret för offentlig verksamhet alltmer decentraliserats har den statliga detaljregleringen av de kommunala uppgifterna minskat. De kommunala organen har vidsträckt befogenheter att själva ombesörja sina angelägenheter inom ramen för den kommunala

¹ Med operativ ledning avsågs härvid enligt SOU 1952:22 utnyttjandet av behandlings- och vårdmöjligheterna, fördelningen av medicinalpersonal m. m.

självstyrelsen, som i enlighet med regeringsformen utgör en grund för vårt samhällssystem och svensk demokrati.

Kommuner och landsting har som följd av denna utveckling fått en allt större betydelse för samhällsekonomin. Dessa svarar nu för två tredjedelar av den offentliga verksamheten. År 1976 var den kommunala sektorns bruttokostnader 83 miljarder kronor, medan investeringsutgifterna uppgick till 10 miljarder kronor. Samma år var mer än var sjätte arbetstagare sysselsatt inom kommunal verksamhet.

Nya uppgifter och ökande krav på kommunal service har medfört att kommuner och landsting f. n. tar i anspråk 20 % av bruttonationalprodukten, vilket är en dubbelt så stor andel som för tio år sedan. Den fortsatta stora efterfrågan på främst sjukvård, åldringsvård och barnomsorg gör att den kommunala expansionen kan antas fortsätta. Av samhällsekonomiska skäl har dock ökningstakten avtagit under 1970-talet. Ett mått på den landstingskommunala verksamhetens tillväxt utgör den landstingskommunala utdebiteringen, landstingsskatten, som nära nog tredubblats sedan år 1960. Utvecklingen har varit snabbast inom hälso- och sjukvården, som utgör ca tre fjärdedelar av landstingens verksamhet.

Hälso- och sjukvården har en årlig bruttoomsättning om mer än 25 miljarder kronor och är den största verksamhetsgrenen inom den offentliga sektorn. Under 1960-talet gjordes stora satsningar på främst den slutna akutsjukvården. Räknat i fasta priser var sjukvårdens årliga kostnadsökning under detta decennium drygt 10 %. Under 1970-talet har den sjunkit till ca 4 %.

En väsentlig förklaring till expansionen inom sjukvårdssektorn utgör en rad reformer under 1960-talet. Överförandet från staten till landstingskommunerna av provinsialläkarväsendet och mentalsjukvården ledde till att hälso- och sjukvården fick ett i stort sett enhetligt landstingskommunalt huvudmannaskap. Sjukvårdslagstiftningen moderniserades för att möjliggöra att vården organiserades, leddes och förvaltades efter dessa nya förutsättningar. Regionsamarbetet om den högspecialiserade sjukvården utvecklades, beslut fattades om en enhetlig läkarvårdsavgift och om ett ersättningssystem från den allmänna försäkringen i syfte att bl. a. stimulera utbyggnad av öppen hälso- och sjukvård. Andra viktiga faktorer var den medicinsk-tekniska utvecklingen samt en kraftigt ökad utbildning av läkare och andra personalkategorier.

Trycket på hälso- och sjukvården växte, och växer oavbrutet till följd av den allmänna samhällsutvecklingen med bl. a. förändringar och krav i näringsliv och arbetsmiljö, stigande förvärvsfrekvens bland kvinnor, standardstegring, bostadspolitik, trafikutveckling, socialpolitiska reformer, ökad solidaritet med sjuka och handikappade samt växande krav från de vård sökande själva. Härtill måste läggas den kraftigt ökande andelen äldre med stort behov av personlig omvårdnad och sjukvård. Från år 1977 till år 1985 kommer antalet personer över 70 år att öka från drygt 850 000 till 1 000 000, med den största relativa ökningen i de allra äldsta befolkningsgrupperna. Hälften av all sjukvård går till denna dryga tiondel av befolkningen. Detta förhållande, i förening med svårbemästrade personalförsörjnings- och finansieringsfrågor, kommer att utgöra svensk sjukvårds dominerande problem under resten av 1900-talet.

Under 1978 har landstings- och kommunförbunden överenskommit med staten om den kommunala verksamhetens utbyggnad och finansiering under de närmaste åren. Utgångspunkten ha varit det ytterst begränsade utrymmet för privat och offentlig konsumtionsökning. Den kommunala konsumtionens årliga volymökning under 1979 och 1980 bör inte överstiga 3 %. För att minska behovet av kommunala skattehöjningar tillskjuter staten ett särskilt bidrag för år 1979 på ca en miljard kronor.

Samtidigt som den landstingskommunala verksamheten vuxit har landstingens lednings- och förvaltningssystem utvecklats. Ett karakteristiskt drag är härvid det stora inslaget av hel- eller deltidsengagerade politiker, som kontinuerligt medverkar i och är ansvariga för sjukvårdens ledning och utveckling. Vidare har landstingens sjukvårdsförvaltningar ökat starkt i omfång och specialiseringen drivits långt. För att målmedvetet styra utvecklingen arbetar huvudmännen med sjukvårdsplaner i olika tidsperspektiv.

Trots att sjukvården är en humanitärt inriktad, personalintensiv dygnet-runt-verksamhet har betydande rationaliseringar kunnat vidtas. Datorbase-rade rutiner för bl. a. vissa patientadministrativa och ekonomiska uppgifter har därvid tagits i bruk. De olika sjukvårdsområdena har i allmänhet indelats i avgränsade distrikt under distriktsdirektioner med kvalificerade administrativa resurser till sitt förfogande. Läkare ansvarar som regel inte längre för de mera krävande förvaltningsmässiga uppgifterna. Dessa åvilar istället särskilda administratörer, exempelvis sjukvårdsdirektör vid landstingets centrala kansli och sjukhusdirektör vid distriktsförvaltning.

Insikten om att sjukdoms- och olycksfallsorsaker i många fall kan återföras till levnadssätt och miljöfaktorer har bidragit till en stark och fortgående utbyggnad av en decentraliserad öppen hälso- och sjukvård, organiserad nära människorna och deras problem. Begrepp som helhetssyn, närhet, trygghet och kontinuitet har härvid varit vägledande. I enlighet med fastlagda sjukvårdspolitiska mål har den öppna vården tillsammans med långtidssjukvård och psykiatri prioriterats under 1970-talet. Numera ligger dock tyngdpunkten på insatser för långvarigt sjuka, vilket bl. a. återspeglas i ett planerat årligt tillskott av 2 000 vårdplatser, som regel vid decentraliserade sjukhem.

Trots ett för varje år allt bättre resursläge för sjukvården kan denna, speciellt inom vissa områden, inte hålla takt med efterfrågeökningen. Som helhet är personalsituationen inom hälso- och sjukvårdsorganisationen inte tillfredsställande. Likväl är resurserna inom den offentliga hälso- och sjukvården mycket omfattande. Den relativa vårdplatstillgången är högst i världen, samtidigt som den öppna vården byggs ut och personalutbildningen kraftigt ökat.

Den offentliga slutna sjukvården disponerar ungefär 120 000 vårdplatser som fördelar sig med en tredjedel för akutsjukvård, en dryg tredjedel för långtidssjukvård och mindre än en tredjedel för psykiatrisk vård. Årligen beläggs dessa platser av 1,5 miljoner patienter under mer än 35 miljoner vård dagar. 20 miljoner besök per år sker hos offentliganställda läkare i öppen vård, varav drygt 40 % vid landets ca 700 vårdcentraler och läkarstationer. För vissa vårdformer, såsom mödra- och barnhälsovård, psykisk barn- och ungdomsvård samt insatser för missbrukare finns ca 2 000 mottagningar,

polikliniker och dispensärer, ofta i anslutning till vårdcentral eller någon av de fler än 2 000 distriktssköterskemottagningarna.

Hemsjukvård och sjuktransportverksamhet utgör andra exempel på delar av den till lokala och regionala förhållanden avvägda och samordnade vårdorganisation som varje sjukvårdshuvudman byggt upp för fredssamhällets behov. Ett utmärkande drag för vårdorganisationen är den höga handlingsberedskapen dygnet runt för omhändertagande av akut sjuka och skadade. En påbyggnad härav för att tillgodose mera omfattande anspråk finns förberedd i form av medicinsk katastrofberedskap med planer för varje enskilt akutsjukhus samt en samordnad plan för varje sjukvårdsområde.

Vid sidan av den offentliga sjukvården finns en privat vårdverksamhet i såväl öppna som slutna former. Den alldeles övervägande delen av svensk hälso- och sjukvård drivs emellertid i offentlig regi.

Antalet anställda inom den kommunala sektorn har ökat snabbt under 1960- och 1970-talen. Totalt finns ca 325 000 anställda inom offentlig hälso- och sjukvård, varav drygt 80 % är kvinnor. Andelen deltidsarbetande är stor.

Till följd av starkt utökad utbildning under perioden 1975–1985 väntas det totala antalet läkare i landet öka från 15 000 till 25 000, antalet sjuksköterskor/assistenter från 63 000 till inemot 90 000 samt undersköterskekompetent personal från 27 000 till likaledes 90 000.

1.3 Planering för sjukvård i krig

Den allmänna samhällsutvecklingen, huvudmannaskapsreformer samt hälso- och sjukvårdens nutida omfattning och inriktning jämte den väl utvecklade landstingskommunala lednings- och förvaltningsorganisationen har medfört helt andra förutsättningar för sjukvården i krig än som kunde förutses i den nu 25 år gamla krigssjukvårdslagstiftningen. Fredshuvudmannens roll vad gäller sjukvårdsberedskap för krig kan emellertid alltjämt beskrivas som relativt passiv. Beredskapsfrågor ingår inte som en naturlig del i den fredstida sjukvårdsplaneringen. Den planlagda vårdorganisationen för krig har delvis till följd härav i väsentliga hänseenden kommit att alltför mycket avvika från den fredstida för att medge rimlig effektivitet i ett krigssamhälle. Med hänsyn inte minst till gällande ledningsförhållanden för sjukvården i krig torde den bristfälliga planeringen utgöra en bräcklig grund för de improvisationer som då får förutsättas bli nödvändiga.

Ansvarsförhållandena – såsom de regleras i krigssjukvårdslagstiftningen – har bidragit till ett otillräckligt beaktande av de successivt ändrade förutsättningar för sjukvård i krig som främst fredssjukvårdens utveckling fört med sig. Under 1970-talet har dock socialstyrelsen genom anvisningar och på andra sätt sökt nå en bättre överensstämmelse mellan freds- och krigssjukvårdens organisation. Detta har bl. a. gällt beredskapssjukhusen, som numera i en helt annan omfattning än tidigare har de kvalificerade fredssjukhusen som grund, samt indelningen i krigssjukvårdsområden. Denna motsvarar i princip den fredstida indelningen.

Ny organisation för blodförsörjning, vätskecentraler, mikrobiologiska laboratorier och fältepidemiologiska grupper m. m. jämte anvisningar för

sådan verksamhet har utarbetats. Beredskapslagrad utrustning har moderniserats och möjligheterna att överföra förvaltningsansvar härför till landstingskommunerna har utretts. Sjukvårdens viktiga och komplicerade försörjningsfrågor har uppmärksammats och försörjningsberedskapen på främst läkemedelssidan är under uppbyggnad. Registreringen och krigsplaceringen av personal inom hälso- och sjukvården har förenklats och genomförs under ökad huvudmannamedverkan. Utbildningsverksamheten har utvecklats med insatser för nya målgrupper, bl. a. administrativ personal.

Med nuvarande ansvarsförhållanden har det tett sig angeläget att i krigslänsstyrelsernas enhet för sjukvårdsfrågor (sektion B) samt i motsvarande enhet hos civilbefälvärnarna krigsplacera personer med ingående kunskaper om och erfarenhet av landstingskommunal sjukvårdsverksamhet. Under 1970-talet har så även skett beträffande länsstyrelserna, vilkas sektion B nu med få undantag leds av kvalificerad företrädare från fredshuvudmännen.

Redovisade förbättringar till trots har det dock framstått som uppenbart att den för krig planlagda organisationen av totalförsvarets hälso- och sjukvård är behäftad med en rad allvarliga brister. Hälso- och sjukvården i krig har därför varit föremål för omfattande utrednings- och studiearbete under 1970-talet, inte minst inför 1977 års försvarsbeslut. Redogörelse härför lämnas i följande avsnitt.

1.4 1977 års försvarsbeslut

Regeringen framlade i proposition 1976/77:74 förslag om inriktningen av säkerhetspolitiken och totalförsvarets fortsatta utveckling på längre sikt samt om inriktningen av planeringen för programplaneperioden 1977/78–1981/82. I propositionen föreslogs för första gången gemensamma grunder för *hela* totalförsvarets fortsatta utveckling. Riksdagens bifall till propositionen (FöU 1976/77:13, rskr 311) brukar betecknas 1977 års (total)försvarsbeslut. Det underlag om totalförsvarets hälso- och sjukvård som låg till grund för försvarsbeslutet hade utarbetats inom bl. a. socialstyrelsen, försvarsmakten och av en särskilt tillkallad sakkunnig.

1.4.1 *Utrednings- och studiearbete inom socialstyrelsen*

Kungl. Maj:t uppdrog den 8 juli 1971 åt socialstyrelsen att göra en total översyn av krigsorganisationen för den civila hälso- och sjukvården. Denna översyn skulle ske enligt de riktlinjer för långsiktsplanering, som hade fastställts för försvarsmakten, civilförsvaret och det ekonomiska försvaret. I direktiven underströks att de primära frågorna om ansvarsfördelning, ledning, samordning och samverkan skulle behandlas. Socialstyrelsen tillkallade en ledningsgrupp för utredningen, som antog namnet Utredningen om hälso- och sjukvården i krig (USK).

Socialstyrelsen överlämnade i november 1974 rapporten Utredningen om hälso- och sjukvården i krig; Perspektivplan 1976/85. I perspektivplanen redogjordes för de studier som lett fram till förslag angående mål för, inriktning och organisation av sjukvården i krig samt belystes främst

kostnadskonsekvenser för socialstyrelsen vid alternativa ambitionsnivåer. Perspektivplanen, liksom senare vissa kompletterande förslag överlämnades av regeringen till en för studier av övrigt totalförsvar särskilt tillkallad sakkunnig (avsnitt 1.4.2).

Frågor rörande ansvar för och ledning av sjukvården i krig behandlades i en särskild rapport (socialstyrelsen, september 1976), baserad på en expertpromemoria av förre landstingsdirektören Fredrik Lindencrona. I promemorian lämnades bl. a. synpunkter på och förslag beträffande ansvarsfördelning, ledning, samordning m. m. för den totala hälso- och sjukvården i krig. Till promemorian fogades ett förslag till ny krigssjukvårdslagstiftning. Ledningsgruppen för USK, med dess företrädare för sjukvårdshuvudmännen, socialstyrelsen och försvarsmakten, anslöt sig till den principiella synen i promemorian. I denna fastslogs bl. a., att den s. k. ansvarsprincipen – att ansvar i fred för viss verksamhet följs av ansvar att förbereda, leda och genomföra samma verksamhet i krig – måste gälla även för sjukvården.

Inom ramen för USK genomförde år 1976 planeringsnämnden för landstingskommunala angelägenheter i de västsvenska länen en studie rörande sjukvården i krig på den högre regionala nivån. Studiearbetet resulterade i en rapport, som gav fördjupad belysning av vissa problem som berörts av Lindencrona.

I februari 1977 avslutade socialstyrelsen sitt särskilda utredningsarbete genom att till regeringen överlämna rapporten Hälso- och sjukvård i krig, slutrapport. Däri redovisades dels en sammanfattning av tidigare genomfört arbete, dels förslag avseende behovet av fortsatt studie- och planeringsverksamhet.

Regeringen uppdrog i mars 1976 åt socialstyrelsen att genomföra särskild programplanering inför 1977 års försvarsbeslut. Programplanen skulle utgöra ett femårigt handlingsprogram för den civila hälso- och sjukvården (programmet Sjukvården i krig) under perioden 1977/82. Socialstyrelsen redovisade i september 1976 Hälso- och sjukvård i krig; Programplan 1977/82. Planen överlämnades till 1974 års försvarsutredning för beaktande. Socialstyrelsen har därefter årligen presenterat motsvarande programplaner.

1.4.2 ÖTF-studierna

Chefen för försvarsdepartementet tillkallade i december 1973 en sakkunnig (avdelningschefen Sture A. Gyllö) med uppdrag att i samarbete med berörda myndigheter inrikta och samordna framtagning av underlag för kommande totalförsvarsbeslut avseende övrigt totalförsvar (ÖTF), dvs. de delar av totalförsvaret som inte omfattas av militärt försvar, civilförsvar och ekonomiskt försvar.

Den sakkunnige överlämnade i april 1975 rapporten ÖTF-studierna, lägesrapport 1975-04-01 och i december 1975 slutrapporten Övrigt totalförsvar efter 1977-07-01.

Sjukvården i krig måste enligt den sakkunnige förstärkas betydligt. Detta gällde särskilt vårdplatsresurserna samt operations- och sjuktransportkapaciteten. Skyddet för sjukvården i krig borde förbättras. Sjukvårdshuvudmännens ansvar i krig borde klarläggas och representanter för dessa ingå i sjukvårdens ledningsorgan på olika nivåer.

ÖTF-studierna överlämnades av regeringen till 1974 års försvarsutredning (1.4.4).

1.4.3 Utrednings- och studiearbete inom försvarsmakten

En av överbefälhavaren (ÖB) beordrad operativ uthållighetsstudie (OPUT) genomfördes 1971–1974, under medverkan av ett stort antal myndigheter inom och utom försvarsmakten. OPUT var en underlagsstudie som analyserade förhållandena år 1975 för bl. a. hälso- och sjukvården.

Vissa brister och svagheter inom totalförsvarets hälso- och sjukvård belystes genom studierna. Bl. a. konstaterades att försvarsmaktens resurser för primär kirurgisk sjukvård var otillräckliga och att behovet av att omfördela även civila sjukvårdsresurser mellan olika delar av landet var stort. Periodvis kunde behoven av framför allt akuta kirurgiska operationer inte täckas ens vid maximalt utnyttjande av den civila sjukvårdens resurser.

Resultaten av OPUT gjorde en mer genomgripande och på försvarsmaktens sjukvård specialinriktad översyn angelägen. Behov av bättre ledning och samverkan, liksom krav på modern informationsbehandling (bl. a. ADB) hade också framkommit under arbetet med OPUT. Studier rörande krigsorganisation och informationsbehandling för ledning av underhållstjänst i krig genomfördes därför avseende central nivå (LUHK) respektive regional nivå (LUHK-R).

Som en följd av bl. a. studieresultaten från OPUT beordrade ÖB i juni 1975 en allsidig översyn av försvarsmaktens krigssjukvårdsorganisation (FÖSK; försvarsmaktens sjukvård i krig). Utredningen avslutades huvudsakligen under våren 1978. FÖSK har utgjort underlag för ÖB:s grundsyn på sjukvård i krig och andra beslut rörande försvarsmaktens sjukvård i krig (avsnitt 3.2.3).

Även om ovannämnda utredningar och studier inom försvarsmakten inte primärt varit avsedda att läggas till grund för 1977 års försvarsbeslut har en del av materialet redovisats för bl. a. 1974 års försvarsutredning.

1.4.4 1974 års försvarsutredning

Kungl. Maj:t bemyndigade i oktober 1974 chefen för försvarsdepartementet att tillkalla sakkunniga för att överväga och lämna förslag om totalförsvarets fortsatta utveckling m. m. Förslagen skulle ligga till grund för 1977 års försvarsbeslut.

De sakkunniga, som antog namnet 1974 års försvarsutredning, överlämnade två betänkanden; Säkerhetspolitik och totalförsvaret (SOU 1976:5) samt Totalförsvaret 1977–82 (SOU 1977:1).

Försvarsutredningen konstaterade att studier och utredningar hade visat, att totalförsvarets sjukvårdsresurser är helt otillräckliga i flera avseenden under avspärning och krig eller ej skulle kunna utnyttjas rationellt. Utredningen pekade på en rad brister i organisationen och förordade bl. a. att landstingskommunerna skulle åläggas ett ökat ansvar för sjukvården i krig. Rörligheten för civil kirurgisk kapacitet skulle behöva öka. Helikoptrar borde i större utsträckning kunna utnyttjas för sjuktransporter i krig. Utbildningen för hälso- och sjukvården i krig borde förbättras och uthålligheten rörande materiel och läkemedel förstärkas.

1.4.5 Proposition 1976/77:74

I proposition 1976/77:74 redovisade regeringen vissa utgångspunkter för planläggningen av all verksamhet inom totalförsvaret. En redogörelse härför lämnas i avsnitt 2.2.1. Föredragande statsråd erinrade om att sjukvården i krig väsentligen bygger på de fredstida sjukvårdsresurserna. Liksom försvarsutredningen ansåg föredraganden att sjukvårdsresurserna är helt otillräckliga under avspärning och krig eller ej kan utnyttjas rationellt samt att det är angeläget att bristerna undanröjs.

I propositionen lades fram bl. a. förslag om ökad flexibilitet vid utnyttjandet av sjukvårdsresurserna, förbättrad utbildning för den civila hälso- och sjukvården i krig samt förstärkt uthållighet som utgångspunkt för försörjningsplaneringen.

För budgetåret 1977/78 beräknades kostnaderna för programmet Sjukvård, dvs. den civila hälso- och sjukvården i krig, till drygt 61,7 milj. kr., varav drygt 37 miljoner för beredskapslagring av läkemedel m. m.

I propositionen föreslogs även att bestämmelserna i lagen om kommunal beredskap (1964:63) i tillämpliga delar skulle omfatta inte bara primärkommuner utan också landstingskommuner. Härigenom skulle landstingskommunala verksamhetsområden vid sidan om sjukvården bli planlagda för funktion också i krig samt även hälso- och sjukvården få en krigsorganiserad landstingsledning, försörjnings- och ekonomifunktion m. m., något som till stor del saknades.

Försvarsutskottet anslöt sig i sitt betänkande Inriktningen av säkerhetspolitiken och totalförsvarets fortsatta utveckling (1976/77:13) till förslagen i propositionen och anförde bl. a. följande.

”Övrigt totalförsvaret bör utvecklas enligt de allmänna riktlinjer för totalförsvaret som anges i propositionen. Detta underlättas av den påbörjade planeringsverksamheten inom detta område. Utskottet vill vid sidan av det psykologiska försvaret framhålla krigssjukvården som speciellt betydelsefull inom övrigt totalförsvaret. Försvarsutredningen har konstaterat stora brister inom krigssjukvården. Dessa måste snarast avhjälpas. Den kommitté som nyligen har tillkallats för att utreda frågan om sjukvården i krig arbetar som ett led i strävandena efter förbättringar på detta område. Krigssjukvården är en för samhället gemensam angelägenhet. Målet bör därför vara att man i krig får ett samordnat och effektivt utnyttjande av alla tillgängliga resurser för hälso- och sjukvården samt för transport av skadade. Vidare bör – liksom inom totalförsvaret i övrigt – eftersträvas klara ansvars- och ledningsförhållanden”.

Vad i propositionen anförts bifölls av riksdagen såsom 1977 års försvarsbeslut (rskr 311).

2 Förutsättningar för hälso- och sjukvård i krig

2.1 Internationella erfarenheter¹

Hittills har under längre krig, med få undantag, fler människor dött av sjukdomar och olycksfall än genom direkta stridsskador. Några exempel kan belysa detta förhållande.

Under 30-åriga kriget på 1600-talet beräknas Centraleuropas befolkning ha decimerats från 30 till 13 miljoner. 500 000 dog av skador, medan resten blev offer för sjukdomar. Under Krimkriget (1853–1856) förlorade fransmännen ca 75 000 soldater i olika sjukdomar, medan antalet döda genom stridsskador uppgick till ca 20 000. Under det amerikanska inbördeskriget (1861–1865) skördade tyfus, dysenteri, malaria, smittkoppor och mässling drygt 360 000 liv bland de stridande, medan 118 000 stupade och 63 000 dog av sårskador. Under första världskriget var på vissa krigsskådeplatser antalet för sjukdomar mottagna patienter drygt 14 gånger så stort som antalet sårade.

Under 1900-talet började stridsskador dominera som dödsorsak inom den militära sektorn. Detta torde bero på vapentechnikens utveckling och på att motståndskraften mot främst infektioner ökade till följd av allmänt förbättrade levnadsförhållanden. Sjukdomar fortsatte dock att överväga som orsak till bortfall av tjänstgöringsdagar. Antalet sjuka, liksom deras andel av det totala bortfallet av militära tjänstgöringsdagar varierade emellertid kraftigt mellan olika krigsskådeplatser. Infektionssjukdomar och psykiska sjukdomar (främst stridsutmattning) dominerade sjukdomspanoramat.

I fråga om stridsskadade visar erfarenheter från krig under de senaste århundradena att de som avlidit på slagfältet utgjort en tämligen konstant andel av samtliga stridsskadade (ca 20 %). Under Vietnamkriget lyckades dock den amerikanska armén sänka denna siffra till ca 16 %. Fler svårt skadade kom således att tas om hand inom sjukvårdsorganisationen i stället för att, som tidigare, dö på skådeplatsen. Trots den därigenom ökade belastningen på de kvalificerade sjukvårdsresurserna kunde dödligheten bland omhändertagna skadade hållas på en lägre nivå (2,3 %) än under något tidigare krig. Under andra världskriget uppgick motsvarande siffra till 4,5 % inom den amerikanska krigsmakten.

Trots stora skillnader i bl. a. geografiska förhållanden och i krigföringen har liknande värden rapporterats från Israel under oktoberkriget 1973 (2,6 %). Siffror av detta slag är dock osäkra, främst på grund av brister och olikheter i rapporteringssystemen.

Sammanfattningsvis kan konstateras, att den andel stridsskadade som dör

¹ Uppgifterna i detta avsnitt har huvudsakligen hämtats från försvarets sjukvårdsstyrelse (utredningen Försvarsmaktens sjukvård i krig och socialstyrelsen (perspektivplan 1976/85).

redan på skadeplatsen, varit relativt konstant. En minskad dödlighet bland stridsskadade som kommit under vård har däremot uppnåtts under senare krig. Detta har varit möjligt främst tack vare snabba transporter men också genom effektivt akut omhändertagande samt goda behandlings- och vårdresurser.

Även om den internationella litteraturen om krigssjukvård är mycket omfattande, är förvånansvärt lite känt om hur civilbefolkningen drabbats av olika krig. Helt klart är dock att fördelningen av döds- och skadefall mellan den civila och militära sektorn har varierat mycket starkt.

2.2 Miljöförutsättningar m. m.

2.2.1 *Grunden för planeringen inom totalförsvaret*

Riksdagen har genom 1977 års försvarsbeslut (avsnitt 1.4.5) fastställt vissa gemensamma grunder som skall vara styrande för totalförsvarets fortsatta utveckling. Planeringen skall i första hand inriktas på att avhålla från och försvara Sverige mot angrepp med konventionella stridsmedel. Skydd mot ABC-stridsmedel skall inriktas på sådana åtgärder som gör det möjligt att fortsätta försvaret trots insatser av enstaka kärnladdningar eller bakteriologiska (biologiska) eller kemiska stridsmedel i begränsad omfattning.

Ett militärt angrepp är det allvarligaste hotet mot den nationella säkerheten och ställer de största kraven på totalförsvaret. Försvar mot militärt angrepp utgör därför den viktigaste utgångspunkten för planeringen. Hänsyn skall tas till risken för överraskande angrepp. Därmed avses ett angrepp som inleds innan försvaret är färdigmobiliserat.

Av målsättningen för civilförsvaret framgår att statsmakterna inte räknar med att befolkningen skall utsättas för direkt bekämpning. Vid planeringen skall dock beaktas att civilbefolkningen i samband med invasion kan komma att beröras av biverkningar vid bekämpning av militära mål med i första hand konventionella stridsmedel liksom vid markstrider.

Planläggningen skall också innefatta åtgärder för att minska konsekvenserna av fredskriser. Härmed avses lägen då normal fredsstandard inte kan upprätthållas i produktion, sysselsättning, export och konsumtion på grund av importbortfall av en eller flera försörjningsviktiga varor utan att det är krig eller krigsfara i vår nära omvärld. Ambitionsnivån när det gäller att möta fredskriser skall vara att så långt möjligt upprätthålla normal fredsstandard samt att undvika störningar i viktiga samhällsfunktioner.

2.2.2 *Sjukvårdskonsumtion i fred*

Den offentliga hälso- och sjukvårdens resurser har något belysts i avsnitt 1.2. För mera detaljerade uppgifter hänvisas till den av landstingsförbundet årligen utgivna Statistisk årsbok för landsting eller till den, likaledes årliga, redovisningen av landstingens femåriga planer för verksamhet och ekonomi (LKELP, landstingsförbundet och socialstyrelsen).

Med tanke på att befolkningens sjukdomspanorama inte torde nämnvärt ändras under krig finns skäl att redovisa ytterligare några uppgifter om sjukvårdskonsumtion i fred. Inom bl. a. uppsalaregionen förs sedan mer än

ett decennium en individbaserad diagnos- och vårdtidsstatistik över utnyttjandet av de slutna sjukvårdsresurserna. Vi har låtit analysera denna för år 1975 avseende vissa kliniktyper, nämligen de för invärtes sjukdomar, infektionssjukdomar, allmänt kirurgiska sjukdomar, ortopediska sjukdomar och långtidssjukvård. Följande allmänna slutsatser av intresse i detta sammanhang har därvid kunnat redovisas.

Patienterna på de invärtesmedicinska avdelningarna har hög ålder och relativt långa vårdtider. De vanligaste sjukdomarna har drabbat hjärta och blodkärslsystem. Lunginflammation, som förekommer inom såväl avdelningarna för invärtesmedicin som infektionssjukvård, torde i många fall vara en slutsjukdom.

På de allmänkirurgiska avdelningarna dominerar vårdfall med benbrott, sannolikt främst förorsakade av arbets-, trafik- och andra olycksfall i lägre åldrar. Lårbenshalsbrott, som också förekommer vid de ortopediska avdelningarna, drabbar framför allt de äldre.

Patienterna inom långtidssjukvården har en hög medelålder. Sjukdomarna är i stort desamma som på de invärtesmedicinska avdelningarna.

Inom såväl invärtesmedicin som kirurgi råder påtagliga svårigheter att planera den dagliga verksamheten på grund av det stora antalet besök på akutmottagningarna, som leder till omedelbar sluten vård. Mer än hälften – på vissa kliniktyper upp till 80 % – av samtliga intagningar avser sådan inte planerad sluten vård.

Långtidssjukvårdens verksamhetsinriktning präglas av att patienterna till största delen är äldre människor – omkring 75 % är över 70 år och ungefär hälften är över 80 år. Vårdbehovet skapas ofta av en kombination av sjukdom och funktionsnedsättning på grund av hög ålder. Psykiska störningar av skiftande svårighetsgrad är vanliga bland dessa patienter. Vistelsen på långvårdsinstitutionen fungerar som en boendeform för många.

I avsnitt 1.2 angavs att den snabbt ökande vårdefterfrågan från de äldre blivit det mest påträngande problemet för sjukvården. En stor del av de patienter som vårdas i sluten vård är 70 år och äldre. Denna åldersgrupp utgör ca 10 % av befolkningen men "konsumerar" ca 50 % av alla vård dagar. De som är 80 år och äldre utgör 2,5 % av befolkningen men svarar för 25 % av vård dagarna. Även i fråga om öppen vård utgör människor i hög ålder sjukvårdens mest uttalade storkonsumenter. Andelen äldre med mycket stora behov av personlig omvårdnad och sjukvård fortsätter att öka.

En stor del av sjukvårdens resurser ianspråk tas således för vård av långvarigt och svårt sjuka, oftast äldre, människor. Någon minskning av dessa personers behov av och efterfrågan på sjukvård och omvårdnad är inte att vänta i en krigssituation. Trycket på sjukvården i ett krigssamhälle torde nödvändiggöra en sänkt ambitionsnivå gentemot dessa och andra patientgrupper. En alltför stor skillnad i möjligheterna att få vård vid sjukdom och olycksfall i fred respektive krig skulle dock utsätta motståndsviljan för svåra prov.

Det kan förutsättas att sjukvården i krig drabbas av svåra prioriteringsproblem, inte minst i områden där stridshandlingar pågår och där stort antal stridsskadade kan medföra att sjukvårdsresurserna snabbt blir otillräckliga. Detta förhållande torde vara den främsta orsaken till att planläggningen för sjukvården i krig i så stor utsträckning koncentrerats till att motverka krigets

direkta och dramatiska skadeverkningar. Betydligt mindre uppmärksamhet har däremot ägnats möjligheterna att i krig tillgodose den traditionella, fredstida sjukvårds efterfrågan. En betydande del av sjukvårdens resurser erfordras också i krig – med de begränsningar i vårdstandarden som då bli nödvändiga – för omhändertagande av långvarigt, ofta svårt sjuka, äldre människor. Vidare belastas sjukvårdsorganisationen av akutfall m. m. som likaledes är oberoende av kriget som sådant.

2.2.3 Skadeutfall och skadepanorama vid stridshandlingar

I samband med stridshandlingar utsätts sjukvården för särskilt svåra problem, dels genom att antalet skadade kan bli mycket stort och koncentrerat till tid och rum, dels genom skadornas art och svårighetsgrad.

Stridsskadornas lokalisering på kroppen hos de skadade har, trots vapentechnikens utveckling, varit tämligen konstant vid olika konventionella krig i historisk tid. Omkring hälften av skadorna har drabbat extremiteterna. Dödsfallen har framför allt orsakats av skador i buk, bröst samt huvud-hals. Skador som drabbar flera organ ger ökad dödlighet, även om det akuta omhändertagandet varit tillfredsställande.

Antalet olycksfallsskadade ökar erfarenhetsmässigt under mobilisering och krig, bl.a. genom trafik- och vapenolyckor. Olycksfall och sjukdomar förorsakar fler dödsfall under längre krig än de direkta stridsskadorna. Detta gäller också bortfall av tjänstgöringsdagar inom den militära sektorn (avsnitt 2.1).

2.2.4 Krigssjukvårdens medicinska grunder

Huvuddelen av såväl infektionssjukdomar som psykiska sjukdomar inom den militära sektorn är vanligen av måttlig svårighetsgrad vid konventionell krigsföring. Enligt krigserfarenheter tillfrisknar ca hälften av patienterna inom någon vecka utan att mer resurskrävande sjukvård behöver sättas in. Dessa sjuka kan därför ofta med fördel behandlas vid framskjutna (frontnära) mindre kvalificerade sjukvårdsenheter och återgå i tjänst efter en kortare tid.

Situationen är en annan när det gäller stridsskador och svårare olycksfall. Vid sådana krävs betydande insatser, oftast inom en snäv tidsmarginal. När antalet skadade är stort, är det nödvändigt att behandla patienterna enligt delvis andra principer än de som tillämpas i fred.

Det akuta omhändertagandet (första hjälp) är avgörande för överlevnaden. Brister härvidlag kan inte kompenseras senare i vårdkedjan. I detta avseende råder det inte någon skillnad mellan förhållandena fred och krig.

Det är från flera synpunkter önskvärt att patienter kirurgiskt slutbehandlas inom en och samma sjukvårdsenhet, vilket i allmänhet kan ske i fredssamhället. Under krigsförhållanden torde emellertid detta höra till undantagen, åtminstone vad gäller försvarsmakten. I modern krigskirurgi behandlas därför patienterna i flera faser. För stridsskadade fordras som regel efter livräddande första hjälp ett första kirurgiskt ingrepp (primärkirurgi) för att rengöra skadan och ta bort död vävnad. Om så icke sker inom 6–8 timmar efter skadans uppkomst kan infektion lätt få fäste i vävnaderna och snabbt

sprida sig. De svårast skadade, som erfarenhetsmässigt utgör ca 5 % av samtliga skadade, fordrar även av andra skäl, bl. a. vätskebalansproblem, kirurgiskt omhändertagande senast 2–4 timmar efter skadetillfället.

Efter 3–7 dagar, då skadeområdet efter behandling i allmänhet har blivit fritt från infektion, kan såret sys ihop eller täckas av hudtransplantat. För att kunna erbjuda skonsam behandling men också för att undvika överbeläggning på de frontnära sjukhusen bör sådana ingrepp utföras på sjukhus utanför stridszon.

På grund av det stora antalet skadade, starkt koncentrerat till tid och rum, erfordras under krig ofta en noggrann prioritering före behandling och/eller transport. Som grund härför skall ligga en medicinsk bedömning av de skadades behandlingsbehov och på vilken sjukvårdsnivå behandlingen bör ske.

Ett stort antal sårade och skadade måste så snabbt som möjligt efter det akuta omhändertagandet transporteras vidare för t. ex. kirurgisk sjukvård. Behovet av sjuktransportresurser är därför mycket stort.

De specifika förhållanden i norra Sverige (långa transportavstånd samt – under vinterhalvåret – extrem kyla) ställer särskilt stora krav på sjukvårdsorganisationen för att angivna behandlingsnormer skall kunna uppfyllas.

2.2.5 Sjukvårdens resurser i krig

Samhällets sjukvårdsresurser i krig är i huvudsak samma som finns i fred. En betydande omdisposition av dessa måste dock kunna göras i krig. Enligt nuvarande planläggning skall bl. a. antalet akutvårdplatser inom den civila hälso- och sjukvården i det närmaste tredubblas (tillskottet dock av lägre kvalitet) och operationskapaciteten ökas med närmare 20 %. De materiella, kompletterande resurserna härför kan med relativt stor valfrihet placeras där de bäst behövs. Personaltillgången ökar, bl. a. genom ett tillskott av ej yrkesverksam personal samt genom ökat övertidsuttag och en övergång från deltid- till heltidstjänstgöring. Härtill kommer frivillig personal, vars utbildning dock i allmänhet är mycket begränsad.

Genom försvarsmaktens hälso- och sjukvård samt civilförsvarets sjukvårdstjänst tillförs totalförsvaret ett tillskott av främst materiella resurser (läkemedel, utrustning och förbrukningsmateriel samt transportresurser), som inte används inom fredssjukvården.

Med utgångspunkt i de olika sjukvårdsområdenas skiljaktiga förhållanden har landstingskommunerna skapat en i fred avvägd vårdapparat med varandra kompletterande vårdgrenar för olika behov. Organisationen innefattar sluten akutsjukvård – fördelad på en rad specialiteter – sluten psykiatrisk vård, öppen och förebyggande vård i skilda former, sjuktransportväsende, interkommunalt samarbete för vissa vårdformer m. m. I avsnitt 1.2 har lämnats uppgifter om sjukvårdens resurser m. m. i fred och om fastlagda prioriteringar för fortsatt utveckling. I avsnitt 2.2.2 har dessutom redovisats viss statistik över utnyttjandet av sjukvårdens resurser under år 1975.

Fredssjukvårdens kvalificerade anläggningar och vårdorganisationen i övrigt med dess utbildade och erfarna personal, utrustning och materiel jämte tidigare nämnda tillskottsresurser samt möjligheterna att vid behov ändra prioriteringar och behandlingsprinciper torde ge goda möjligheter till en

väsentligt ökad "sjukvårdsproduktion" i krig. Detta förhållande kan något belysas med en kartläggning som socialstyrelsen gjort av all kirurgisk operationsverksamhet i Umeå- och Malmö-Lund-regionerna under en vecka i april 1972. Under hela veckan utfördes ungefär en fyrtiondel av årsverksamheten vid de studerade klinikerna. Varje opererande läkare opererade i genomsnitt 4,8 timmar (7,6 operationer) under undersökningsveckan. Den totala genomsnittliga läkarinsatsen (opererande läkare och assisterande läkare) uppgick till 7,4 timmar. Medeloperationstiden uppgick till 37 minuter. Denna studie underbygger uppfattningen att det personellt skulle finnas reservkapacitet inom landet redan i fredstid för ökad kirurgisk verksamhet.

Den fortgående ökningen av tillgången på välutbildad personal inom sjukvården och den snabba utbyggnaden av den decentraliserade öppna vården och långtidssjukvården är utvecklingsfaktorer som ytterligare förbättrar utgångsläget inför krigsfara och krig. En avgörande förutsättning för att sjukvårdens kapacitet skall kunna utnyttjas är dock att organisationen kontinuerligt kan få sitt försörjningsbehov tillgodosett vad gäller el, vatten, värme, transporter, tvätt, mat, allmänna förbrukningsartiklar, läkemedel, vätskor, gaser, sjukvårdsspecifik förbrukningsmateriel, reservdelar, teknisk service m. m. Sjukvården är mycket känslig för störningar i dessa avseenden – inte endast vid krig eller avspärning utan också vid s. k. fredskriser.

För den civila hälso- och sjukvården bör vidare beaktas att den under krig får en ökad personaltillgång men även att viss kvalificerad sjukvårdspersonal då övergår till försvarsmaktens sjukvårdsorganisation. Personalbehovet inom försvarsmakten torde dock, med den ändrade målsättning m. m. för försvarsmaktens sjukvård i krig som nyligen fastställts av ÖB (avsnitt 3.2.3), komma att minska.

Allvarliga brister i fråga om tillgång på främst läkare och sjuksköterskor kan dock väntas uppstå inom den civila hälso- och sjukvården inom främst kirurgisk operationsverksamhet, anestesiology och intensivvård.

För att kunna bedöma sjukvårdsorganisationens styrka och svagheter är det nödvändigt att studera hur tänkbara kris- och krigsmiljöer kan påverka hälso- och sjukvården. Resultatet av sådana studier har redovisats i socialstyrelsens perspektivplan 1976/85 för hälso- och sjukvård i krig. I studierna beräknades belastningen på landstingens resurser utöver den normala sjukligheten bland befolkningen

Socialstyrelsen utgick från att alla delar av landet, och därmed praktiskt taget alla invånare, kan bli utsatta för krigets verkningar både i samband med ett förbekämpningsskede (inledningsskede före en invasion) och under markstrider. I direkt invasionsträffade delar av landet kan efterfrågan på kirurgisk sjukvård vida komma att överstiga efterfrågan i fred.

Krig och kris kan medföra helt ändrade boende- och levnadsförhållanden för stora delar av befolkningen bl. a. genom utrymningar och inkallelser. Detta ökar riskerna för främst trafikolycksfall och vissa sjukdomstillstånd. Infektionssjukdomar sprider sig lättare till följd av försämrade hygieniska förhållanden och förekomst av smittämnen, som är ovanliga i fred och för vilka naturlig immunitet saknas. Vid stor flyktningtillströmning från andra länder ökar risken för epidemisk spridning av infektionssjukdomar. Även i övrigt medför flyktningtillströmning en icke planlagd belastning på sjukvården.

Sjukdomspanoramat torde enligt socialstyrelsen vara detsamma som i fred, så länge B-stridsmedel inte kommer till användning. Skadepanoramat kommer däremot att uppvisa en rad krigsspecifika drag (avsnitt 2.2.3).

2.3 Utredningens bedömning

Få länder har en så god, relativ tillgång på sjukvårdsresurser som Sverige. Den medicinska, tekniska och materiella standarden inom sjukvården är hög och personalen välutbildad. Handlingsberedskapen för att i fred ta hand om akut sjuka och skadade är hög. För större anspråk på akuta insatser finns en även för krig värdefull medicinsk katastrofberedskap. Den offentliga sjukvårdens organisation och resurser utgör således en god grund för samhällets hälso- och sjukvård i krig.

I avsnitt 1.3 påtalades att den planlagda vårdorganisationen för krig kommit att i väsentliga hänseenden avvika alltför mycket från den fredstida. En förklaring till bristerna i fråga om sjukvård i krig angavs vara de helt ändrade förutsättningar som nu råder och som inte kunde förutses i den nu 25 år gamla krigssjukvårdslagen.

En av svagheterna i den för krigsförhållanden planlagda sjukvårdsorganisationen är dess ensidiga inriktning på de behov av sluten akutsjukvård som krigshandlingar förorsakar samt avsaknaden av en hos landstingskommunerna förankrad helhetssyn på sjukvården i krig. En viss överbetoning av behoven under krig av infektionssjukvård och förlossningsvård kan också sägas råda. Behoven av och sambanden med andra vård- och omvårdnadsinsatser är inte tillräckligt beaktade. Organisationen avviker i väsentliga hänseenden alltför mycket från den fredstida för att medge rimlig effektivitet under de extrema förhållanden en krigssituation kan antas skapa. Planläggningen har främst inriktats på att säkerställa lämpliga lokaler samt vissa materiella resurser för beredskapssjukhusorganisationen. Frågor om verksamhetens innehåll och metoder är däremot otillräckligt belysta. Problemen vid avvägningar mellan kvalitet och kvantitet är inte beaktade.

I avsnitt 2.2.2 påvisades de även under krig betydande kraven på kvalificerade sjukvårdsinsatser som den stora och växande andelen långtids-sjuka ställer. Därmed kan nuvarande planer på att under krig utnyttja långvårdsenheter för akuta behov av främst kirurgisk sjukvård diskuteras. Flertalet långtidssjuka i sluten vård kan inte utskrivas därifrån och omhändertas i hemsjukvård eller annan öppen vård. Planläggningen för krig torde av detta och av vårdkvalitativa skäl på ett mera markant sätt än hittills behöva utgå från möjligheterna att i ökad utsträckning använda andra lokaler samt överbelägga fredstida vårdanläggningar, t. ex. akutsjukhus, sjukhem och ålderdomshem.

Den allmänt omfattade målsättningen att den enskilde, trots sjukdom, hög ålder, fysiskt eller psykiskt handikapp, så länge som möjligt skall kunna leva i sin vanliga miljö har lett till omfattande och ökande samhällsinsatser i form av hemsjukvård och social hemhjälp. Sådan samhällsservice förutsätter ett väl utvecklat samarbete mellan landsting och primärkommuner. Varken detta eller andra viktiga samarbetsbehov mellan landstingskommuner och primärkommuner kan sägas vara tillräckligt beaktade i gällande planläggning

för samhällets vårdinsatser i krig.

En annan svaghet – främst på det regionala planet – är att planläggningen för försvarsmaktens och civilförsvarets sjukvårdstjänst samt den civila hälso- och sjukvården inte är tillräckligt samordnad.

1974 års försvarsutredning har förtecknat vissa allvarliga brister i organisationen (avsnitt 1.4.4). Vi ansluter oss till försvarsutredningens slutsatser och understryker särskilt vikten av att en effektiv, på ansvarsprincipen uppbyggd ledningsorganisation kommer till stånd. I de följande kapitlen framlägger vi förslag som bl. a. ökar landstingskommunernas ansvar för sjukvården i krig och som är ägnade att möjliggöra ett samordnat utnyttjande av samhällets sjukvårds- och sjuktransportresurser i krig.

3 Totalförsvarets hälso- och sjukvård

3.1 Grundläggande förhållanden

Totalförsvarets hälso- och sjukvård bedrivs i krig inom tre organisationer; den civila hälso- och sjukvården, civilförsvaret och försvarsmakten. Denna uppbyggnad grundar sig på de principförslag som utredningsmannen angående krigssjukvården m. m. (avsnitt 1.1) framlade i sitt betänkande Hälso- och sjukvården vid krig och andra utomordentliga förhållanden (SOU 1952:22).

Utredningsmannen undersökte om all hälso- och sjukvård i krig skulle kunna inrymmas i en organisation, men fann att detta av funktionella skäl inte var möjligt. Hälso- och sjukvården vid de stridande förbanden och de förband som närmast understödjer dessa borde liksom all övrig verksamhet inom försvarsmakten drivas i militär regi. Främsta skälet härför var, enligt utredningsmannen, att hälso- och sjukvård i detta sammanhang intimt måste samordnas med rent militär verksamhet, eftersom försvarsmaktens sjukvårdstjänst i sina huvudlinjer på ett avgörande sätt betingas av militära överväganden och dispositioner. Härutöver anfördes att den fredstida civila hälso- och sjukvården saknade erfarenhet av en motsvarande verksamhet.

I fråga om krigshandlingar som drabbar civilbefolkningen ansåg utredningsmannen att vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter var nära förbundna med annan skadeavhjälpande verksamhet, som åvilade civilförsvaret, t. ex. eldsläckning och röjning. En uppdelning på två organisationer skulle medföra uppenbara olägenheter för räddningsarbetets bedrivande och äventyra ett gott totalresultat. Vidare saknade, enligt utredningsmannen, den civila hälso- och sjukvården en katastrofberedskap av den uppbyggnad och storleksordning som omfattande krigshandlingar kräver för det första omhändertagandet av skadade civila.

Föredragande statsrådet anslöt sig – med bifall av riksdagen – i proposition 1953:222 till utredningsmannens förslag i dessa avseenden. Försvarsmaktens och civilförsvarets hälso- och sjukvårdsorganisationer skulle dock utformas som komplement till den civila hälso- och sjukvården. De skulle därför inte ges större omfattning än som var nödvändigt från funktionell synpunkt.

Den civila hälso- och sjukvårdens organisation bygger på landstingskommunernas skyldighet i fred att ombesörja sjukvård och deras ansvar för att det finns en ändamålsenlig sjuktransportorganisation (sjukvårdslagen 1962:242, 3 §). Med undantag för sådana uppgifter som ankommer på civilförsvaret och försvarsmakten åligger i princip samma ansvar landstingskommun i krig, vid

krigsfara eller andra utomordentliga förhållanden. Av krigssjukvårdslagstiftningen framgår dock indirekt att landstingskommuns vårdansvar för personer från andra sjukvårdsområden än det egna inte, såsom är fallet i fred, begränsas till att endast avse patienter med behov av omedelbar vård.

Två betydelsefulla skillnader råder mellan å ena sidan den civila hälso- och sjukvården i krig och å den andra civilförsvarets och försvarsmaktens sjukvårdstjänst. Den förstnämnda bygger i huvudsak på fredstida organisation och resurser och ansvarar för i det närmaste all kvalificerad vård i krig. För civilförsvaret och försvarsmakten är fråga om organisationer och verksamhet som utgör ett komplement till den civila hälso- och sjukvården och som saknar motsvarighet i fred. Försvarsmaktens och civilförsvarets sjukvårdsresurser är dessutom till sin huvuddel lätta att förflytta för att kunna sättas in där behoven uppstår i krig. Den civila hälso- och sjukvården är på ett helt annat sätt uppbyggd kring och beroende av fasta och i fred fungerande anläggningar.

3.2 Organisationer och resurser

3.2.1 *Den civila hälso- och sjukvården*

Detaljerade bestämmelser om hur den civila hälso- och sjukvården skall organiseras i krig återfinns i krigssjukvårdskungörelsen. Planläggningen för den slutna vården i krig är i första hand inriktad på en omfattande utökning av antalet vårdplatser för slutna akutsjukvård.

Den slutna akutsjukvården skall bedrivas vid beredskapssjukhus. Ett sådant är uppbyggt kring ett kärnsjukhus, som utgörs av ett fredssjukhus. Kärnsjukhuset kompletteras med ett antal annex, som antingen är fredssjukvårdsanstalter eller andra anläggningar, främst skolor, som i fred förbereds och vid krigsorganisering utrustas för sjukvårdsändamål. Inom de flesta beredskapssjukhus planläggs ett annex som huvudannex. Detta har en högre lokal- och utrustningsstandard än övriga annex och skall vid behov kunna överta eller förstärka kärnsjukhusets kvalificerade akut- och intensivvård. Övriga annex är främst avsedda för rutin- och eftervård.

Nuvarande beredskapssjukhusorganisation får enligt regeringens beslut omfatta högst 124 000 vårdplatser. Dessa är fördelade på ca 100 beredskapssjukhus. Av fredssjukhusen är det endast ett fåtal som inte ingår i beredskapssjukhusorganisationen. Av de 124 000 vårdplatserna utnyttjas 49 000 redan i fred för slutna kroppssjukvård.

Ca 70 % av vårdplatserna planläggs för kirurgisk och 30 % för medicinsk vård. Verksamheten inriktas i första hand mot allmän kirurgisk och medicinsk vård. I den mån behov uppkommer av specialistvård skall patienterna hänvisas till länssjukhus inom sjukvårdsområdet eller till regionsjukvården.

Förlossningsvård skall bedrivas vid kärnsjukhus och huvudannex. Totalt planläggs ca 4 000 förlossningsplatser, av vilka ca 2 000 nyttjas redan i fred och resterande är att betrakta som en reserv.

Utöver beredskapssjukhusens 124 000 vårdplatser planläggs ca 60 000 platser vid s. k. sjukhärbargen, som skall kunna upprättas vid behov. Dessa har en mycket enkel sjukvårdsutrustning och upprättas av landstingskom-

munen under medverkan av civilförsvaret i provisoriska lokaler som rekognoserats i fred. De är främst avsedda att utnyttjas i en katastrofsituation, t. ex. vid mera omfattande epidemier. Avvaktande eller uppehållande vård samt eftervård kan därvid bedrivas vid sjukhärbärgena.

Kärnsjukhuset (fredssjukhuset) skall kunna krigsorganiseras inom tre dygn och de viktigaste annexen inom fem till tio dygn.

Patienter intagna för somatisk långtidsvård hemskrivs såvitt möjligt vid krigsorganisering. De som inte kan hemskrivas kvarliggör eller överförs till annan inrättning, om långvårdsenheten i fråga måste tas i anspråk för akutsjukvård.

För den psykiatriska vården är i princip inga organisatoriska förändringar planlagda.

Vid övergång till krigsorganisation måste den befintliga fredsutrustningen förstärkas och utrustning tillföras annexen, vid vilka i allmänhet ingen sjukvård bedrivs i fred. Detta sker genom att av staten i fred upphandlad och lagerhållen utrustning tillförs den landstingskommunala hälso- och sjukvården. Huvuddelen av denna beredskapsutrustning är avsedd för beredskaps-sjukhus och sjukhärbärgen. Vid sidan härav sker tillskott för vissa stödfunktioner såsom blodförsörjningsorganisationen, mikrobiologiska laboratorier m. m. Hälso- och sjukvårdens materiel- och försörjningsberedskap behandlas i avsnitt 6.4 samt i bilaga 5.

Den civila hälso- och sjukvårdens personalförsörjning planläggs i fred och omfattar dels tjänstepliktig medicinalpersonal, dels övrig för sjukvården erforderlig personal. Det övergripande ansvaret – innefattande bl. a. utfärdandet av planlägningsanvisningar – är fördelat på socialstyrelsen vad avser medicinalpersonal och arbetsmarknadsstyrelsen beträffande övriga personal-kategorier. Landstingskommun åligger att svara för detaljplanläggningen av alla de åtgärder som måste vidtas för att säkerställa personalbehovet för hälso- och sjukvårdens krigsorganisation. Vi återkommer till dessa frågor i avsnitt 6.3.

Regeringen kan förordna om olika beredskapsgrader inom hälso- och sjukvården, vilka, liksom för totalförsvarets övriga civila delar, benämns beredskapsgrad III, II och I, där I är den högsta beredskapsgraden.

Vid beredskapsgrad III utförs vissa byggnads- och installationsarbeten. Intagning av patienter på sjukhus begränsas om möjligt till fall som kräver skyndsam vård, eller där behovet av sjukvård bedöms bli kortvarigt. Beredskapsgrad II medför, utöver åtgärder som ingår i beredskapsgrad III, att patienter på sjukhus hemskrivs i så stor utsträckning som möjligt samt att viss krigsorganisering kan anbefallas. Vid beredskapsgrad I sker övergång till fullständig krigsorganisation.

Beredskapsgraderna kan anbefallas selektivt med avseende på åtgärder och för olika delar av landet; t. ex. länsvis eller civilområdesvis.

3.2.2 *Civilförsvarets sjukvårdstjänst*

Civilförsvaret fick genom 1972 års försvarsbeslut en ny inriktning. Befolkningsskyddet skulle i fortsättningen inte inriktas på skydd mot verkningar av vapen som används för direkt bekämpning av befolkningen. Grundläggande för planeringen skulle i stället vara att civilbefolkningen i samband med

invasion kunde komma att beröras av biverkningar vid bekämpning av militära mål med i första hand konventionella stridsmedel och vid markstrider.

Regeringen fattade våren 1976 beslut om omfattning och sammansättning av civilförsvarets krigsorganisation (organisation 80). Den nya krigsorganisationen införs efterhand i länen under en fyraårsperiod, med början under budgetåret 1977/78.

Den centrala ledningen av civilförsvaret utövas under regeringen av civilförsvarsstyrelsen. På högre regional nivå leder civilbefälhavaren civilförsvarsverksamheten. Inom varje län utövas ledningen av länsstyrelsen.

Civilförsvarets verksamhet är dels skadeförebyggande, dels skadeavhjälpanande. De skadeförebyggande åtgärderna består främst i att tillhandahålla den civila befolkningen skydd i form av i fred utbyggda skyddsrum samt i att anskaffa skyddsmasker. Till de skadeförebyggande åtgärderna hör även förvarnings- och alarmeringssystem. Skyddet (skyddsrum och skyddsmasker) kompletteras genom utrymning av invånarna i bedömda riskorter (-områden).

Den skadeavhjälpanande verksamheten består framför allt i att rädda skadade och i skyddsrum instängda människor, rädda skadade som icke befinner sig i skyddsrum, ta hand om hemlösa samt begränsa egendoms-skador som följd främst av brand. Dessa uppgifter åligger civilförsvarets undsättningsorganisation, vilken bl. a. svarar för ett första omhändertagande av skadade och transport av dessa till sjukvårdsinrättningar. Undsättningsverksamheten består huvudsakligen av tjänstegrenarna räddningstjänst, brandtjänst och sjukvårdstjänst.

Organisatoriskt ingår sjukvårdstjänst i uppgifterna för undsättningsplutonerna och sjukvårdsplutonerna. Civilförsvarets organisation 80 omfattar såväl regionala som lokala enheter. Totalt ingår i undsättningsplutonernas samaritgrupper samt i sjukvårdsplutonerna drygt 20 000 personer.

Civilförsvarets sjukvårdspersonal fullgör främst samarituppgifter vid första omhändertagande av skadade och vid transport av skadade till sjukhus. Uppgifter av mer kvalificerat slag, t. ex. prioritering och sjukvårdande behandling, är avsedda att utföras av läkare eller annan medicinalpersonal. Civilförsvarets personal skall därvid biträda medicinalpersonalen. Medicinalpersonal ingår inte i civilförsvaret och måste därför vid behov rekvideras från vederbörande landstingskommun. Krigstjänsteläkare (dvs. distriktsläkare) är enligt krigssjukvårdskungörelsen skyldig att efter civilförsvarschef's anvisningar biträda civilförsvaret.

Personalen inom civilförsvarets sjukvårdsenheter får en relativt begränsad utbildning. Befälet, dvs. chefer för sjukvårdsplutoner och s. k. gruppchefer får fyra respektive tre veckors grundutbildning. Grundutbildningen består av två veckors fackutbildning i sjukvård samt befattningsutbildning (två respektive en vecka). Härutöver deltar befälet vartannat år i övningar. Huvuddelen av de ca 16 000 samariterna genomgår två dagars utbildning vid de enhetsövningar som genomförs med varje civilförsvarsenhet vart fjärde år. Ett mindre antal samariter – ca 20 % – har även genomgått den två veckor långa fackutbildningen i sjukvårdstjänst.

3.2.3 Försvarsmaktens sjukvårdstjänst

Den militära sjukvårdsorganisationen skall tillgodose de akuta hälso- och sjukvårdsbehoven inklusive kvalificerad första hjälp inom försvarsmakten. Den slutliga behandlingen och vården är den civila sjukvårdens uppgift. Generellt kan sägas att försvarsmakten svarar för sjukvården inom ca 50 km avstånd från ett stridsområde och att skadade och sjuka efter akut behandling sänds vidare till de civila beredskapssjukhusen.

Den nuvarande sjukvårdsorganisationen är till sin huvuddel rörlig, så att sjukvårdsförbanden kan följa de stridande förbanden. Inom de områden av landet där den civila beredskapssjukhusorganisationen inte beräknas kunna täcka de militära behoven av sluten vård under krig upprättar försvarsmakten dock fasta s. k. krigssjukhus, med militär personal och utrustning. Krigssjukhusen organiseras i princip på samma sätt som beredskapssjukhusen och tar liksom dessa emot både militära och civila patienter. Krigssjukhusen – nio i övre Norrland och fyra på Gotland – planeras i regel för 500 vårdplatser. För krigssjukhusen ianspråk tas för ändamålet lämpade lokaler, t. ex. skolor.

Förutom krigssjukhusen finns försvarsmaktens mest kvalificerade sjukvårdsresurser inom underhållsförstärkningsförbanden. I etappbataljon ingår således bl. a. två sjukhuskompanier som vardera kan upprätta ett sjukhus inomhus eller helt i tält. Vid varje sjukhus tjänstgör mer än tio läkare och den totala personalstyrkan uppgår till ca 300. Kapaciteten motsvarar ett mindre länsdelssjukhus med avdelningar för medicin, kirurgi och röntgen.

Kravet på rörlighet och den i förhållande till bedömda behov låga vårdkapaciteten medför att den som vårdas vid försvarsmaktens rörliga sjukhus inte kan få kvarstanna där någon längre tid (som regel högst en vecka). Kirurgiskt behandlade patienter skall därför, så snart det medicinska tillståndet tillåter det, överföras till beredskaps- eller krigssjukhus för fortsatt behandling och vård.

ÖB ansvarar för den operativa planläggningen och ledningen av försvarsmaktens hälso- och sjukvård i krig. ÖB svarar också för den övergripande avvägningen samt inriktningen och samordningen av verksamheten.

Försvarets sjukvårdsstyrelse har under regeringen ansvar för tillsyn av den medicinska verksamheten inom försvarsmakten samt för anskaffning av sjukvårdsmateriel m. m. Styrelsen lyder i operativt hänseende under ÖB.

Den militära sjukvårdens regionala ledning utövas i krig av de sex militärbefälhavarna. I varje militärområdesstab finns en hälso- och sjukvårdsavdelning. Militärbefälhavarna disponerar huvuddelen av de militära sjukvårdsresurserna, medan ÖB disponerar främst vissa sjuktransportresurser.

ÖB har, efter översyns- och utredningsarbete inom försvarsmakten (FÖSK), genom beslut den 26 april 1978 fastställt sin grundsyn på sjukvården i krig som underlag för bl. a. perspektiv- och programplanering, samverkan med civila delar av totalförsvaret samt utbildning och operativ planläggning. ÖB har samma dag också fattat beslut om underhållstjänstens och underhållsorganisationens – innefattande sjukvårdsorganisationens – principiella uppbyggnad, omfattning i stort och utnyttjande.

Den nya krigsorganisationen av den militära sjukvården, som kommer att

genomföras successivt under 1980-talet, har dimensionerats för krig med kort förvarning, häftigt inledningsskede, snabbt tempo och lång varaktighet.

ÖB framhåller i sin grundsyn att huvudansvaret för kvalificerad sjukvård i samhället under krig åvilar den civila hälso- och sjukvården. Den civila fredssjukvårdens resurser, organisation och arbetsmetoder utgör grunden för totalförsvarets sjukvård i krig. Planeringen av den senare måste emellertid ske mot bakgrund av en klar precisering av skillnaderna mellan förhållandena i fred och krig, och de speciella krav som ställs på bl. a. ledning och samordning av totalförsvarets sjukvård i krig.

Försvarsmaktens sjukvårdstjänst skall med egna resurser för öppen vård kunna ge skadad och sjuk personal akut omhändertagande, inklusive kvalificerad första hjälp, samt, för sådan personal som bedöms tillfriskna inom cirka en vecka, även erforderlig sluten vård. En medicinsk bedömning av de skadades behandlingsbehov (akut och slutligt), vilken är grunden för prioritering, skall kunna ske nära skadeplats. Försvarsmakten skall också med egna resurser för akuttransporter kunna undanföra skadad och sjuk personal till kvalificerad vård.

Försvarsmakten skall därutöver – i operativ kraftsamlingsriktning eller i områden där krigs- och beredskapssjukhusens kapacitet av andra skäl är otillräcklig – kunna förstärka krigs- och beredskapssjukhusorganisationen med egna strategiskt och operativt rörliga sjukhus.

ÖB har vidare genom beslut den 16 augusti 1978 fastställt medicinska och organisatoriska målsättningar för försvarsmaktens sjukvårdsorganisation. Beslutet innebär bl. a. att varje rörligt sjukhus skall kunna meddela öppen vård samt kvalificerad medicinsk och kirurgisk sluten vård åt 200 patienter (under begränsad tid högst 350).

Försvarsmaktens rörliga sjukhus skall bestå av bl. a. en operationsavdelning med sex s. k. operationslag, av vilka fem med utrustning skall vara rörliga och kunna förstärka annat militärt eller civilt sjukhus.

3.3 Överväganden och förslag

Nuvarande uppgiftsfördelning inom totalförsvarets hälso- och sjukvård vilar på de principer som fastställdes genom 1953 års riksdagsbeslut (avsnitt 1.1). Den landstingskommunala hälso- och sjukvården har under de 25 år som förflutit sedan dess utvecklats mycket snabbt, vilket belysts i kapitel 1 och 2. Landstingskommunerna har bl. a., genom successiva reformer, fått ett samlat ansvar för i det närmaste all offentlig hälso- och sjukvård.

Som en följd av denna utveckling har landstingskommunerna kommit att svara för en allt större del av totalförsvarets hälso- och sjukvårdsresurser. Fredssjukvårdens resurser är idag helt avgörande för att hälso- och sjukvården skall kunna fylla sin viktiga funktion inom totalförsvaret. Det finns mot den bakgrunden anledning att ompröva nuvarande organisation av och huvudmannaskap för totalförsvarets hälso- och sjukvård. Ett ytterligare skäl för en sådan omprövning är, att bedömningarna av hur ett krig skulle kunna drabba Sverige förändrats under de senaste decennierna.

I våra direktiv heter det att sjukvårdens fredsresurser i största möjliga utsträckning skall användas i krig samt att ett enhetligt ansvar för verksam-

heten i fred och krig i möjligaste mån bör eftersträvas. Med hänsyn till den väl utbyggda offentliga hälso- och sjukvården i fred kan ett samlat landstingskommunalt ansvar för *all* hälso- och sjukvård i krig förefalla logiskt. Denna möjlighet övervägdes men förkastades vid översynen av totalförsvarets hälso- och sjukvårdsorganisation i början av 1950-talet. Vi finner det emellertid naturligt att ånyo pröva förutsättningarna härför.

För *försvarsmaktens* vidkommande ställs, oavsett sjukvårdsresursernas organisatoriska hemvist, krav på att den personal som skadas i samband med stridshandlingar eller vid olyckor eller som akut insjuknar skall kunna ges kvalificerat akut omhändertagande (livräddande åtgärder) på eller i nära anslutning till skadeplats. Militära patienter måste vidare kunna transporteras – längre eller kortare sträckor – till kvalificerad vård och behandling (t. ex. kirurgiska ingrepp) och fortsatt vård inom den civila hälso- och sjukvården.

I avsnitt 2.2.4 har konstaterats att huvuddelen av såväl infektionssjukdomar som psykiska sjukdomar inom den militära sektorn i krig vanligen är av måttligt svårighetsgrad. Enligt krigserfarenhet tillfrisknar cirka hälften av patienterna inom någon vecka utan behov av mer resurskrävande sjukvård. De sjuka kan ofta med fördel behandlas vid framskjutna, mindre kvalificerade sjukvårdsenheter och återgå i tjänst efter kort tid. Försvarsmaktens personal bör därför kunna få vård och behandling vid enklare sjukdoms- och olycksfall utan att behöva lämna den enhet vid vilken den tjänstgör ("daglig sjukvård" med delvis samma inriktning som den civila fredstida primärvården).

ÖB anger i sin grundsyn på sjukvården i krig att "sjukvårdsresurserna skall snabbt kunna kraftsamlas för att understödja strid som syftar till att möta, hejda och slå angriparen vid gräns och kust". Eftersom den militära verksamheten skall kunna bedrivas över stora ytor måste den sjukvårdsorganisation som direkt betjänar förbanden således vara rörlig.

1974 års försvarsutredning har i sitt första betänkande (SOU 1976:5) framhållit att hälso- och sjukvården är en för samhället gemensam angelägenhet och att detta för tanken mot en så långt möjligt gemensam krigsorganisation för hälso- och sjukvård. Den av ÖB fastställda grundsynen på sjukvården i krig utgör enligt vår mening ett steg i den riktningen. ÖB har således konstaterat att den civila fredssjukvårdens resurser, organisation och arbetsmetoder utgör grunden för totalförsvarets sjukvård i krig samt att huvudansvaret för kvalificerad sjukvård i samhället åvilar den civila hälso- och sjukvården även under krig.

Vi delar försvarsutredningens uppfattning, att en så långt möjligt enhetlig krigsorganisation av hälso- och sjukvården skall eftersträvas. Med hänsyn till de krav som ställs från försvarsmaktens sida på en med den militära verksamheten i övrigt nära samordnad sjukvårdstjänst har vi emellertid funnit, att försvarsmakten även i framtiden måste disponera vissa egna sjukvårdsresurser. Sådana krävs för dels daglig sjukvård vid lindrigare olycksfall och sjukdomar, dels kvalificerat akut omhändertagande vid stridsskador, svåra olycksfall och akuta sjukdomar samt dels akuta sjuktransporter. Mot bakgrund av detta ställningstagande behöver ansvarsfördelningen mellan den civila hälso- och sjukvården och försvarsmaktens sjukvårdstjänst klargöras.

Försvarsmakten disponerar, förutom de förbands- och områdesbundna resurserna, egna strategiskt och operativt rörliga sjukhus samt fasta krigssjukhus. Vid de militära sjukhusen finns resurser för kvalificerad sjukvård, i första hand kirurgiska operationer (främst vid försvarsmaktens rörliga sjukhus). ÖB har föreslagit att gränsdragningen mellan kvalificerade militära och civila sjukvårdsenheter i krig knyts till rörligheten. Försvarsmakten skulle svara för de strategiskt och operativt rörliga resurserna, medan den civila hälso- och sjukvården skulle svara för alla fasta kvalificerade anstalter, dvs. även krigssjukhusen.

Efter överläggningar med företrädare för såväl försvarsmakten som den civila hälso- och sjukvården har vi funnit att enighet råder om det ändamålsenliga i att överföra ansvaret för de militära krigssjukhusen till den civila sjukvårdsorganisationen. Företrädare för berörda sjukvårdshuvudmän (Norrbottens och Västerbottens läns landsting samt Gotlands kommun) har underhand förklarat sig i princip positiva till en sådan åtgärd. Vi ansluter oss därför till ÖB:s förslag i detta avseende. Formerna för överförandet, liksom de fredsorganisatoriska konsekvenserna (inklusive kostnadsfrågan), bör regleras genom förhandlingar mellan staten och berörda sjukvårdshuvudmän (se även avsnitt 7.2).

Möjligheterna till större rörlighet i krig också för de civila sjukvårdsresurserna skulle öka genom en förbättrad planläggning i fred. Socialstyrelsen har år 1977 tillsatt en arbetsgrupp med uppgift att utforma anvisningar för omfördelning i krig av operationsenheter såväl mellan olika sjukvårdsområden som mellan den civila hälso- och sjukvården och försvarsmakten. Både försvarsmakten och den civila hälso- och sjukvården kan sålunda komma att i krig disponera rörliga flyttbara resurser, såsom operationslag.

Såväl militära som civila rörliga sjukvårdsresurser måste kunna infogas i en etablerad vårdorganisation, som bl. a. inrymmer erforderliga kringresurser. Försvarsmaktens mest kvalificerade rörliga sjukvårdsenheter – försvarsmaktens rörliga sjukhus – utgör kompletta sjukvårdsenheter med en speciell, miljöbetingad inriktning. Även om en tudelning av ansvar och resurser innebär konkurrens om kvalificerad personal och vissa risker för ett mindre effektivt resursutnyttjande har vi funnit, att de försvarsmaktsspecifika behoven av att disponera sådana kvalificerade sjukvårdsenheter överväger fördelarna av ett mera enhetligt huvudmannaskap. De kvalificerade, rörliga militära sjukvårdsresurserna bör således inte överföras till den civila hälso- och sjukvården. Vi kommer dock att i kapitel 5 redovisa förslag som skall underlätta ett samordnat utnyttjande av totalförsvarets sjukvård. Härigenom minskar risken för ett mindre effektivt användande av sjukvårdsresurserna. Även betydelsen av en inom totalförsvaret balanserad och väl avvägd personalfördelning måste understrykas i detta sammanhang. Till denna fråga återkommer vi i kapitel 6.

När det gäller *civilförsvaret* är att märka att dess ansvar för räddningstjänst och omhändertagande av skadade tillkom i ett läge då massiva insatser mot tätorter och långvariga räddningsinsatser bedömdes troliga om Sverige drogs in i ett krig. Hälso- och sjukvårdens fredsresurser var koncentrerade till akutsjukhusen. Resurserna utanför sjukhusen var starkt begränsade. Civilförsvaret ålades därför att svara för första hjälp vid masskadesituationer och för transport av skadade till fortsatt vård i den civila sjukvårdsorganisationens

regi. Som underlag för civilförsvarets verksamhet ingick bl. a. att Sverige i en krigssituation kunde riskera att angripas med kärnvapen. Av denna anledning lades stor vikt vid förberedelser för behandling av chocktillstånd.

Åsikterna om hur ett framtida krig sannolikt skulle gestalta sig har ändrats sedan civilförsvaret fick sina uppgifter, något som bl. a. uttalats i 1972 års försvarsbeslut. Befolkningsskyddet skall enligt detta inte längre primärt inriktas på skydd mot verkningar av vapen som används i direkt bekämpning av befolkningen.

Även den framtida samhällsutvecklingen har på en rad avgörande punkter förändrat förutsättningarna för civilförsvarets uppgifter och organisation. Inom hälso- och sjukvårdens område har en avsevärd utbyggnad av bl. a. den öppna vården genomförts. Primärvården framstår numera som en verksamhetsgren, till vilken ett vidgat ansvar för omhändertagande av skadade vid civila medicinska katastrofer i såväl fred som krig kan kopplas. Härtill kommer att den primärkommunala allmänna räddningstjänsten och den sjuktransportverksamhet samt medicinska katastrofberedskap för vilken landstingskommunerna ansvarar är väl utvecklade och nära samordnade.

Samhällsutvecklingen och 1972 års försvarsbeslut till trots har någon omprövning av civilförsvarets ansvar för räddningstjänst m.m. inte kommit till stånd. Civilförsvarsstyrelsen redovisade dock i juli 1975 rapporten Kommunanknutet civilförvar. I rapporten tecknades följande principiella alternativ till utformning av civilförsvarets sjukvårdstjänst.

1. Sjukvårdshuvudmännen får ansvaret för väsentliga delar av civilförsvarets nuvarande sjukvård inklusive sjuktransporterna. Räddningstjänsten i krig bistår sjukvården i krig vid arbetet på skadeplats samt vid patientens transport från skadeplats till sjuktransportfordon.
2. Nuvarande uppgiftsfördelning mellan civilförvar (räddningstjänst i krig) och landstingskommunal hälso- och sjukvård kvarstår i stort. Ökad samverkan mellan huvudmännen skulle t. ex. kunna ske i form av samordnad materielanskaffning och samövning med medicinalpersonal.

Enligt regeringens anvisningar skall civilförsvarsstyrelsen i sin kommande perspektivplan redovisa en eller flera sammansättningar av civilförsvarets funktion, som utgår från att de framtida samhällsorganen för sjukvård och räddningstjänst har ansvar för uppgifter som nu ankommer på civilförsvaret under beredskapstillstånd och krig. I en sådan civilförsvarsstruktur framträder ett nära samband mellan civilförsvarsverksamheten i krigstid och den framtida räddningstjänsten, inklusive sjuktransportverksamheten och den medicinska katastrofberedskapen.

Resultatet av civilförsvarsstyrelsens studier skall enligt regeringens direktiv prövas av 1978 års försvarskommitté.

En konsekvent tillämpning av ansvarsprincipen skulle innebära att civilförsvarets ansvar, uppgifter och resurser för räddningstjänst och sjuktransporter helt överfördes till kommuner och landstingskommuner. Dessa skulle åläggas att svara för de redan i fred nödvändiga förberedelserna, t. ex. krigsplacering av personal samt utbildning och övning av denna, inmönstring av fordon samt materielberedskap. Vid ett mera kommunanknutet civilförvar möjliggörs vidare att i fred etablerat samarbete mellan primärkommunal

allmän räddningstjänst samt landstingskommunal medicinsk katastrofberedskap och sjuktransportverksamhet kan utgöra en grund för samhällets räddningsinsatser också i krig. Ett sådant i fredsverksamheten väl förankrat och enhetligt organiserat civilförsvaret skulle ge goda garantier för effektivitet i krig och bör, enligt vår mening, vara målet för den fortsatta prövningen av civilförsvarets framtida struktur.

Dagens organisation av civilförsvaret medför emellertid ett "arv" som – inte minst av kostnadsskäl – avsevärt begränsar handlingsfriheten när det gäller att snabbt ändra organisationen m. m. I ett första steg bör civilförsvaret därför planläggas så att dess resurser för räddningstjänst – personellt och materiellt – vid övergång till krigsorganisation inordnas i primär- och landstingskommunernas motsvarande verksamhet. Staten skulle således genom civilförsvaret i fred oförändrat svara för planläggning, utbildning, materiel, fordon m. m.

Ett andra – slutgiltigt – steg kan vara att ansvaret för verksamheten även i fred överförs till kommuner och landsting. Detta måste sannolikt ske successivt. I fråga om civilförsvarets sjukvårdstjänst torde den mest angelägna åtgärden vara en ökad landstingskommunal medverkan vid utbildning av den personal som skall tjänstgöra inom de sjukvårdsenheter som civilförsvaret upprättar. Härvid må framhållas att den sjukvårdsutbildning som meddelas i civilförsvarets regi är av mycket begränsad omfattning vid en jämförelse med den landstingskommunala utbildningsverksamheten.

En kommunalisering av civilförsvaret får givetvis inte medföra att civilförsvarsorganisationens flexibilitet minskar. Rörliga och regionala enheter med resurser för räddningstjänst m. m. torde även i framtiden behöva stå till civilbefälhavares och länsstyrelsers förfogande för omfördelningar inom civilområden respektive län. Vi förutsätter att denna fråga studeras ytterligare.

Sammanfattningsvis föreslår vi, att försvarsmakten även i framtiden skall disponera vissa egna sjukvårdsresurser men att förhandlingar upptas om ett överförande av krigssjukhusen till den civila hälso- och sjukvården. När det gäller de kvalificerade, rörliga militära sjukvårdsresurserna har vi inte funnit anledning att förorda att dessa överförs till den civila hälso- och sjukvården. Vi ansluter oss slutligen till principen att civilförsvarets ansvar, uppgifter och resurser för räddningstjänst, inklusive sjuktransporter, bör överföras till kommuner och landsting. Formerna härför är dock föremål för studier inom civilförsvarsstyrelsen och kommer senare att prövas av 1978 års försvarskommitté.

4 Sjuktransporter

4.1 Sjuktransporter i fred

Landstingskommun skall enligt sjukvårdslagen (1962:242, 3 §) tillse att inom sjukvårdsområdet finns ändamålsenlig organisation för transport till och från sjukhus eller läkare av personer, vilkas tillstånd kräver att transporten utförs med fordon, som är inrättat för ändamålet. Denna skyldighet infördes genom stadgande i sjukvårdslagen år 1964. Av förarbeten till lagen framgår att landstingskommunens ansvar är begränsat till att avse *vägbundna* sjuktransporter.

Landstingskommun är inte skyldig att genom egna organ utföra sjuktransporter utan kan på annat sätt – t. ex. genom avtal med primärkommuner eller transportföretag – tillse att erforderliga transportresurser finns.

Sjuktransportverksamheten har av varje sjukvårdshuvudman utformats på det sätt som denne funnit mest ändamålsenligt med hänsyn till förhållandena inom det egna sjukvårdsområdet. Verksamheten är inte uppbyggd efter något enhetligt mönster. Ett mindre antal sjukvårdshuvudmän bedriver sjuktransporterna helt i egen regi. Flertalet landstingskommuner har avtal med primärkommuner eller transportföretag, som i varierande utsträckning ombesörjer transporterna.

Ambulanser baseras så att bästa möjliga täckning av sjukvårdsområdet erhålls. Då sjukvårdshuvudmannen själv bedriver verksamheten är fordonen ofta baserade vid sjukhus. I övrigt kan de vara knutna till brandstation, taxistation eller annat enskilt företag. Sjukbilar (bilar som inrättats för transport av sittande eller liggande sjuk person, som inte har behov av vård under transport) är vanligen mer utspridda inom området än ambulanser.

Enligt en undersökning som genomförts av socialstyrelsen våren 1977 uppgick antalet ambulanser till 712 (varav drygt 600 ägdes av sjukvårdshuvudmännen), antalet sjukbilar till 915 (vanligtvis taxi med bårutrustning) samt antalet specialfordon för färdtjänst till 528.

Samma år uppgick den verksamma ambulanspersonalen till ca 3 900. Som en följd av de skiftande formerna för sjuktransportorganisationen kan ambulanspersonalen vara landstingskommunalt eller primärkommunalt anställd, anställd av enskild eller vara egen företagare.

Brister i ambulanspersonalens sjukvårdsutbildning har föranlett flera utredningar under 1960- och 70-talen. Fr. o. m. den 1 juli 1978 krävs för tjänstgöring vid utryckningsuppdrag med ambulans genomgången sjukvårdsutbildning om sju veckor i enlighet med av skolöverstyrelsen

fastställd utbildningsplan. Det beräknas att mellan 300 och 800 av befintlig ambulanspersonal kommer att genomgå sådan utbildning under en tvåårig övergångsperiod. Ambulanspersonalens utbildning på längre sikt utreds av socialstyrelsen.

Alarmering för akut sjuktransport, liksom av brandkår, polis m. m. sker via telefonnumret 90 000, som i flertalet län går till den regionala länsalarmeringscentralen (LAC). Centralen, som förfogar över kvalificerad teleteknisk utrustning, svarar för såväl alarmering som dirigerings av ambulanserna.

Sjukvårdshuvudmännen ansvarar som nämnts för de vägbundna sjuktransporterna. Ambulansflygningar utföres av försvarsmakten och polisen (helikoptrar) samt av vissa privata företag (helikoptrar och flygplan). Ansvaret för den med statsmedel finansierade ambulans- och räddningsflygtjänsten åvilar rikspolisstyrelsen.

Socialstyrelsen är tillsynsmyndighet för sjuktransportväsendet.

4.2 Sjuktransporter i krig

Sjuktransportsystemet i krig har utformats med hänsyn till att behovet av sjuktransporter bedöms öka mycket starkt i jämförelse med vad som gäller under fredsförhållanden. Transporternas omfattning och karaktär nödvändiggör utnyttjandet av både landsvägs-, järnvägs-, sjö- och flygtransporter. Sjuktransporter måste i krig dessutom kunna utföras under svåra förhållanden. Bekämpning av kommunikationer, t. ex. järnvägsanläggningar, vägar och broar medför vidare att omläggning av transporter måste kunna ske genom en smidig transportledning (nedan).

För att tillgodose de ökade transportkraven kompletteras fredssamhällets sjuktransportresurser med bl. a. landsvägstransportmedel av olika slag och sjuktransportmotorvagnar för *närtransporter* (transporter inom civil-/militärområden) och järnvägsbundna enheter för *fjärrtransporter* (mellan civil-/militärområden). Luftburna sjuktransporter skall kunna utföras med flygplan (fjärrtransporter) samt helikoptrar (akuttransporter). Fjärrtransporter skall också kunna utföras med färjor. Sjuktransportresursernas fördelning på olika huvudmän framgår av tabell 4.1.

Totalförsvarets sjuktransportresurser hanteras således av flera myndigheter. Huvuddelen av resurserna används i fred för helt andra ändamål än sjuktransporter.

Landstingskommunerna förfogar i krig över sina fredstida ambulanser, såväl egna som genom avtal disponerade fordon. Den civila hälso- och sjukvården svarar för den kapacitetsmässigt minsta men kvalitativt bästa delen av totalförsvarets sjuktransportresurser. Landstingskommunens ambulanser utnyttjas i stort sett för samma slags transporter i krig som i fred, dvs. främst för sjuktransporter inom länet och till regionsjukhus. Ett rationellt användande av fordonen försvåras dock av att personalen i fredsambulanserna till stor del är krigsplacerad inom andra delar av totalförsvaret, främst civilförsvaret.

Primärkommunerna disponerar sina drygt 500 specialfordon för färdtjänst. Dessa fordon kan dock även tillfälligt användas för sjuktransporter.

Civilförsvaret disponerar för sjuktransporter 2 900 inmönstrade skåpbilar

Tabell 4.1 Totalförsvarets sjuktransportresurser

Transport-system	Transportmedel	Ansvarig/disponerar resurser
Landsväg	Ambulanser	Landsting
	Sjukbilar ^a (motsv.)	Civiltförsvaret, Landsting
	Sjuktransportbilar ^a	Försvarmakten
	Bussambulanser	Civiltförsvaret, Försvarmakten
	Handikappfordon	Primärkommuner
Järnväg	Sjuktransporttåg	Försvarmakten ^b (SJ)
	Sjuktransportmotorvagnar	
Flyg	Flygplan ^c	Försvarmakten ^b (Luftfartsverket)
	Helikoptrar ^c	
Sjö	Färjor	Försvarmakten ^b (Sjöfartsverket)

^a I sjuktransportbil kan patienten ges vård under transport, vilket inte är möjligt i sjukbil.

^b SJ tillhandahåller tåg/motorvagnar. Luftfartsverket respektive fartygsuttagningskommissionen fördelar dispositionsrätten till flygplan respektive färjor. Försvarmakten anskaffar utrustning och bemannar transportmedlen med sjukvårdspersonal.

^c Inga flygplan eller helikoptrar är exklusivt avsedda för sjuktransporter.

som i krig utrustas för transport av bårfall och 700 bussambulanser. Transporterna skall som regel ske mellan skadeplats och sjukhus men kan vid behov genomföras via förbandsstationer som civiltförsvaret upprättar. Civiltförsvarets bussambulanser kan också behöva användas för fjärrtransporter samt andra ändamål, t. ex. vid utrymning.

Försvarmakten disponerar resurser dels för närtransporter (akuttransporter), dels för fjärrtransporter. För försvarmaktens vidkommande ställs särskilda krav på att delar av sjuktransportresurserna skall kunna användas i stridsområden. Utöver här angivna transportresurser kan även andra transportmedel tillfälligt behöva utnyttjas för transport av sjuka och skadade.

Sjuktransportresurserna utgör en del av den samlade transportapparat, som i krig måste utnyttjas och samordnas så att den på bästa möjliga sätt gagnar totalförsvaret.

Med *transportreglering* avses därvid åtgärder som syftar till att transportbehov blir tillgodosedda i största möjliga utsträckning och i den angelägenhetsordning som bäst tillgodoser totalförsvaret.

Det åligger transportnämnden att i samråd med överbefälhavaren och centrala civila transportledande och transportbehövande myndigheter utarbeta riktlinjer för den civila transportreglerande verksamheten i krig. Enligt dessa riktlinjer utövar civilbefälhavare och länsstyrelse i samråd med militärbefälhavare respektive försvarsområdesbefälhavare och andra berörda myndigheter den civila transportreglerande verksamheten i krig.

För att transporterna skall fungera i ett ansträngt läge fordras också en effektiv *transportledning*, varmed avses åtgärder av administrativ och trafikteknisk art som syftar till att största möjliga effekt tas ut av de olika

transportmedlen och som säkerställer transporternas genomförande. Civil transportledning sker separat för järnvägsbundna transporter, landsvägs-transporter, sjötransporter och flygtransporter. För ledning av de militära transporterna och samordning med de civila transporterna finns en särskild militär transportledningsorganisation.

Det är således transportnämnden i samråd med ÖB som på central nivå skall verka för att de samlade transportresurserna utnyttjas så att prioriterade behov inom totalförsvaret tillgodoses. Transportnämnden skall redan i fred planlägga dessa uppgifter. Motsvarande ansvar åvilar CB och MB inom civil-/militärområde och länsstyrelse och försvarsområdesbefälhavare inom län/försvarsområde.

1974 års försvarsutredning framhöll (SOU 1976:5) att de sjuktransportresurser som disponeras i krig är otillräckliga. För att öka möjligheterna att påbörja behandling av skadade tillräckligt snabbt, skulle det enligt utredningen vara önskvärt att i större utsträckning kunna disponera helikoptrar.

Totalförsvarets sjuktransporter har varit föremål för översyn i samband med utredningen om försvarsmaktens sjukvård i krig (FÖSK). Chefen för försvarsstaben hade därvid i uppdrag att lämna förslag till ansvarsfördelning och omfattning av en så långt möjligt samordnad sjuktransportorganisation inom totalförsvaret för främst fjärrtransporter.

En arbetsgrupp inom försvarsstaben överlämnade i april 1977 en rapport med förslag rörande sjuktransportledningen i krig och ansvarsfördelningen i fred. Arbetsgruppen förordade, i fråga om ledning av sjuktransporterna i krig, att en särskild sjuktransportenhet inrättades dels i den centrala sjukvårdsledningen (CSL), dels i de regionala sjukvårdsledningarna (RSL) samt dels i varje län. Enheternas verksamhet skulle vara skild från övrig transportledning, även om den egentliga ledningen skulle utövas av de ordinarie transportledningsorganen.

Arbetsgruppen ansåg vidare att socialstyrelsen borde åläggas ett centralt, överordnat ansvar för fjärrtransporterna i krig och förberedelserna härför i fred. För att uppnå ett mer enhetligt ansvar borde vidare sjukvårdshuvudmännen åläggas ett regionalt ansvar för omfördelningstransporter m. m.

Förslagen bedömdes av arbetsgruppen kräva såväl organisatoriska som författningsmässiga förändringar, som skulle ta lång tid att genomföra. Under en uppbyggnadsperiod borde därför ÖB åläggas det angivna överordnade ansvaret.

4.3 Överväganden och förslag

En viktig förutsättning för att sjukvården skall kunna komma alla medborgare till del är ett väl uppbyggt och differentierat sjuktransportväsende samt en väl fungerande transportreglering och -ledning. Betydelsen av en tillfredsställande sjuktransportorganisation i krig måste understrykas. Förutom sådana transporter av sjuka och skadade människor som förekommer redan i fredssamhället måste man räkna med ett stort tillkommande behov av sjuktransporter vid krigshandlingar.

För dessa tillkommande behov samt för att kunna omfördela patienter för

behandling och vård i mindre utsatta områden disponerar försvarsmakten och civilförsvaret enligt nuvarande planläggning kvantitativt betydande sjuktransportresurser.

Jämfört med fredsförhållanden medför ett krig att betydligt fler, svårt skadade måste transporteras. Många av transporterna måste ske långa sträckor med risker för avbrott och i fordon som inte primärt är avsedda för sjuktransporter och som saknar radioförbindelse. En stor del av transportpersonalen är inte förtrogen med eller har mycket begränsad kunskap om och erfarenhet av sjuktransporter. Om man till detta lägger att ansvaret för genomförandet av totalförsvarets sjuktransporter är fördelat på ett flertal myndigheter inses lätt, att transportfrågorna kan vara ett svårt problem för sjukvården i krig och måste ägnas stor uppmärksamhet.

Landstingskommunerna, som svarar för en mycket stor del av totalförsvarets sjukvårdsresurser, ansvarar för och disponerar en mycket begränsad del av transportmedlen i krig. Det i fred väl utvecklade och för fredsbehov avpassade sjuktransportsystemet utgör en integrerad del av sjukvårdsområdenas vårdorganisation och är i huvudsak avpassat för transportbehoven inom länet. Inom varje sjukvårdsområde finns resurser för omhändertagande av alla i fred vanligen förekommande sjukdomar och olycksfallsskador. En betydande del av sjuktransporterna i krig beräknas emellertid behöva ske över läns- och civilområdesgränser. För dessa behov är de fredstida ambulanserna helt otillräckliga både till antal och vad gäller transportkapacitet.

I föregående kapitel har vi slagit fast att försvarsmakten måste disponera vissa egna sjukvårdsresurser. Försvarsmaktens sjukvårdstjänst skall vara ett komplement till den civila hälso- och sjukvården, som skall ha ansvaret för i det närmaste all kvalificerad vård i krig. Detta innebär att svårare olycks-, skade- och sjukdomsfall inom försvarsmakten ges kvalificerat akut omhändertagande där. Därefter kan patienterna i många fall behöva transporteras till civila sjukhus för fortsatt vård. Personella och materiella resurser för dessa akuttransporter bör enligt vår mening ingå i den militära sjukvårdsorganisationen.

Huvuddelen av de s. k. omfördelningstransporterna i krig (transporter mellan sjukvårdsanläggningar) torde enligt överbefälhavarens bedömning ske mellan civila sjukhus. ÖB har därför föreslagit att huvudansvaret för planläggning och krigsorganisering av omfördelningstransporter bör åvila civila myndigheter.

I föregående kapitel har prövats för- och nackdelar vid ett enhetligt landstingskommunalt huvudmannaskap för alla kvalificerade sjukvårdsresurser i krig. På motsvarande sätt har övervägts, om inte samtliga totalförsvarets sjuktransportresurser, med undantag för försvarsmaktens resurser för främst akuttransporter, borde utgöra en integrerad del av den civila hälso- och sjukvårdsorganisationen i krig. I fråga om ansvaret för dessa sjuktransporter har vi funnit att inom länen ansvaret bör åvila landstingskommunerna. Vi har vidare konstaterat, att de resurskrävande landsvägs-, järnvägs- och flygtransporter som – till följd av krigshandlingar – måste kunna utföras över läns- och civilområdesgränser saknar motsvarighet i fredssamhället. Behovet av och möjligheterna att genomföra sådana sjuktransporter är dessutom nära förknippade med den operativa utvecklingen och den militära verksamheten

i övrigt inom skilda delar av riket. Inte heller torde f. n. finnas praktiska förutsättningar för förändrade ansvarsförhållanden inom totalförsvaret. Vid en kommunalisering av civilförsvarets sjukvårdstjänst, vilket förordats i avsnitt 3.3, aktualiseras emellertid transportfrågorna. Civilförsvarets sjuktransportresurser torde därvid komma att överföras till den kommunala och landstingskommunala räddningstjänsten och sjuktransportverksamheten. Det ter sig naturligt att i ett sådant sammanhang ånyo pröva ÖB:s förslag.

Efersom det kommer att ta relativt lång tid att genomföra ett kommun-anknutet civilförsvär, innebär våra förslag att totalförsvarets sjuktransport-system ändras successivt. Såväl försvarsmakten som – åtminstone tills vidare – civilförsvaret kommer i sin krigsorganisation att disponera egna sjuktransportresurser. Denna uppdelning av ansvar och resurser nödvändiggör samordning av verksamheten i krig och planläggningen i fred. I avsnitt 4.2 har redogjorts för hur transportreglering och -ledning fungerar. Vi kommer dessutom i kapitel 5 att framlägga förslag som skall möjliggöra ett samordnat utnyttjande av totalförsvarets sjukvårds- och sjuktransportresurser i krig. Slutligen måste kunna förutsättas, att ett samarbete liksom hittills äger rum mellan ansvariga, berörda myndigheter på olika nivåer vid planläggning m. m. i fred, utan att några av dem behöver tilläggas ett formellt, överordnat ansvar härför.

Alarmering för akut sjuktransport sker i fred via telefonnumret 90 000. Under de senaste åren har samhällets alarmeringsfunktioner sammanförts i regionala alarmeringscentraler (länsalarmeringscentraler; LAC). Länsalarmeringscentralerna förfogar över kvalificerad teknisk utrustning. Såväl telefon- som radioförbindelser disponeras.

Länsalarmeringscentralerna svarar i fred för dirigerings av landstingets ambulanser och har därigenom en viktig funktion i den medicinska katastrofberedskapen. Vid omfattande nödläge, då länsstyrelse övertar ledning av räddningsverksamheten, kan centralens resurser ställas till länsstyrelsens förfogande.

Länsalarmeringscentralerna och till dessa anslutna radioförbindelser och övriga tekniska faciliteter bör liksom i fred kunna utnyttjas för den direkta sjuktransportdirigeringen även i krig. Regeringen har i september 1977 uppdragit åt civilförsvarsstyrelsen att inom totalförsvaret samordna de åtgärder som behövs för att under krig eller vid krigsfara vidmakthålla den verksamhet vid länsalarmeringscentral som är oundgänglig från totalförsvarssynpunkt. Regeringen har samtidigt uppdragit åt länsstyrelserna att inom länen planlägga och vidtaga de åtgärder som behövs för att upprätthålla en fortsatt alarmeringstjänst. Vi förutsätter att åtgärder snarast vidtas, så att centralernas funktionsförmåga säkerställs under beredskap och krig. Detta är angeläget också med tanke på allmänhetens behov av att även i krig kunna påkalla hjälp med anlitande av telefonnumret 90 000.

För ett effektivt utnyttjande av länsalarmeringscentralerna krävs dock, att sjuktransportfordonen kan ledas och dirigeras även med radiokommunikationer. Resurserna härför är dock f. n. helt otillräckliga inom totalförsvaret. Televerket fick i juni 1976 regeringens uppdrag att utreda frågan om en framtida samordning av landmobila radiokommunikationer. Behovet av radiokommunikationer vid sjuktransporter kommer härvid att beaktas. Televerkets utredning (SARK, avsnitt 8.5) beräknas vara slutförd i juni 1979.

Enligt vår uppfattning utgör goda telekommunikationer mellan såväl skadeplats och plats för första omhändertagande som mellan denna plats och den kvalificerade sjukvården en viktig förutsättning för att öka vårdens tillgänglighet och därmed minska dödligheten. Vi anser det därför viktigt att sambandssystemet förbättras.

Vid avsaknad av radio bör viss gemensam sjuktransportledning inom länet likväl kunna åstadkommas med utnyttjande av den civila sjukhusorganisationens samt försvarsmaktens och civilförsvarets ledningsorganisationer.

Det har inte ankommit på oss att granska dimensioneringen av totalförsvarets sjuktransportresurser, vilken prövats i perspektiv- och programplanearbete inför 1977 års försvarsbeslut. Mot bakgrund av vad som uttalats av 1974 års försvarsutredning (nedan) har vi dock funnit anledning behandla möjligheterna att öka tillgången till helikoptrar för sjuktransporter i krig.

Socialstyrelsen har i perspektiv- och programplaner betonat önskvärdheten av att i större utsträckning än f. n. kunna disponera helikoptrar för akuttransporter inom främst försvarsmakten. Någon bedömning av det totala behovet av helikoptrar för sjuktransporter inom totalförsvaret har däremot inte gjorts. För försvarsmaktens vidkommande har försvarets sjukvårdsstyrelse föreslagit en organisation med tio operativt tillgängliga helikoptrar avsedda för akuttransporter, vardera med plats för fem liggande patienter och med möjlighet till vård eller tillsyn under transport.

1974 års försvarsutredning fann att det skulle vara önskvärt att i större utsträckning kunna disponera helikoptrar för transport av skadade. Utredningen ansåg att civila och militära helikoptrar inom landet borde kunna betraktas som gemensamma tillgångar för totalförsvaret. Med ett sådant synsätt skulle de samlade helikoptertillgångarna kunna utnyttjas på olika sätt allt efter lägets krav. Försvarsutredningen förordade en undersökning av möjligheterna att med en lämplig fördelning av kostnaderna öka helikopterkapaciteten inom landet.

Vi har funnit att det, för att tillgodose behovet av att i ökad utsträckning disponera helikoptrar för sjuktransporter i krig, skulle krävas ett relativt stort ekonomiskt tillskott till totalförsvarets hälso- och sjukvård. Vidare måste konstateras, att det varken har gjorts någon gemensam bedömning av totalförsvarets behov av helikoptrar eller någon samlad avvägning mellan behovet av helikoptrar och behovet av andra sjukvårdsresurser. För totalförsvaret gemensamma, ytterligare studier krävs innan slutgiltig ställning kan tas till helikopterns användning för sjuktransporter i krig.

Vi anser vidare att en längre tids försöksverksamhet med sjuktransporter med helikopter i fred är motiverad från såväl fredssjukvårds- som beredskapssynpunkt och bör komma till stånd. Försöksverksamheten bör kunna bedrivas i enlighet med de allmänna riktlinjer som anges i bilaga 2. Denna utgör en sammanfattande sekretariatspromemoria rörande vårt underlag i fråga om sjuktransporter med helikopter och vissa synpunkter i anslutning härtil. Kostnaderna för en ettårig försöksverksamhet bedöms inte behöva överstiga 3 mil. kr. och bör helt täckas av statsmedel. Försöksverksamheten och studiearbetet bör därvid bedrivas så att ställning till helikopterns användning för sjuktransporter i krig kan fattas i samband med 1982 års försvarsbeslut.

5 Ansvar, ledning och samverkan i krig

5.1 Nuläge

För att all civil och militär verksamhet skall kunna samordnas och bedrivas med enhetlig inriktning etableras i krig tre statliga beslutsnivåer, som grundar sig på geografisk indelning.

Den lägre regionala nivån, länsnivån, omfattar länen (försvarsområden) och den högre regionala nivån avser civil- och militärområdena, vardera bestående av mellan två och sju län. Den centrala nivån omfattar hela riket.

5.1.1 *Lägre regional nivå, länsnivå*

Länsstyrelsen är enligt sin krigsinstruktion (1975:1004) högsta civila totalförsvarsmyndighet inom länet och skall verka för att största möjliga försvarseffekt uppnås. Länsstyrelsen ansvarar för att sådan verksamhet hos civila myndigheter som har betydelse för försvarsansträngningarna bedrivs med en enhetlig inriktning och samordnar de civila försvarsåtgärderna. Vidare verkar länsstyrelsen i samråd med försvarsområdesbefälhavare för att det civila och militära försvaret samordnas samt tillser att länets tillgångar fördelas och utnyttjas så att försvarsansträngningarna främjas.

Länsstyrelsen åligger vidare bl. a. att leda den civila hälso- och sjukvården. Enligt bestämmelserna i krigssjukvårdskungörelsen äger länsstyrelsen därvid fatta beslut angående utnyttjande av vårdplatser inom länet, omflyttning av medicinalpersonal och omfördelning av läkemedel eller andra förnödenheter för hälso- och sjukvården ävensom i övrigt bestämma om utnyttjandet av länets sjukvårdsresurser.

I länsstyrelsens krigsorganisation handläggs ärenden om den civila hälso- och sjukvården inom sektion B. Sektionens ansvarsområde omfattar även allmän hälsovård, epizootibekämpning och annan djursjukvård, livsmedelskontroll samt åtgärder till skydd mot biologisk krigsföring.

Länets *civilförsvar*, i vilket ingår resurser för räddningstjänst och sjuktransporter, leds av länsstyrelsen. Civilförsvarsärendena handläggs inom länsstyrelsens sektion A.

Inom *försvarsmakten* disponerar försvarsområdesbefälhavaren de sjukvårds- och sjuktransportresurser inom länet som militärbefälhavaren tilldelar honom. Frågor rörande försvarsmaktens hälso- och sjukvård handläggs inom försvarsområdesstabens hälso- och sjukvårdsavdelning.

Ansaret för att *den civila hälso- och sjukvården* i händelse av krig omställs till en härför planlagd organisation och därefter bedrivs planenligt åvilar enligt krigssjukvårdslagen den som i fredstid utövar motsvarande verksamhet. Landstingskommunerna och de tre landstingsfria kommunerna svarar emellertid endast för drift och förvaltning av verksamheten. Länsstyrelsen får i krig ett ledningsansvar som inrymmer befogenheter att besluta om sjukvårdens inriktning och bedrivande. Det är därvid att märka att länsstyrelsen i fred inte har något ansvar för eller någon erfarenhet av ledning och drift av hälso- och sjukvård.

Gällande ansvarsfördelning i krig mellan landsting och länsstyrelse bygger på förhållanden som rådde i början av 1950-talet (kapitel 1). Landstingskommunerna har sedan dess ålagts ansvaret för planering, ledning, drift och finansiering av i det närmaste all fredstida, offentlig hälso- och sjukvård.

För att i viss mån överbrygga den bristande överensstämmelsen mellan ansvarsfördelningen i fred och krig har under 1970-talet personal från landstingskommunerna i ökad utsträckning krigsplacerats i länsstyrelsernas sektion B. Tidigare var länsläkaren som regel chef för sektionen. Numera upprätthålls funktionen emellertid nästan undantagslöst av i fred landstingsverksam person. Genom sådana åtgärder har länsstyrelsernas krigsorganisation tillförts betydande sakkunskap om hälso- och sjukvård.

Den civila hälso- och sjukvården, veterinärväsendet samt försvarsmakten och civilförsvaret skall enligt krigssjukvårdskungörelsen samverka vid utnyttjandet av tillgångarna inom hälso- och sjukvården. Länsstyrelsen skall härvid samverka med försvarsområdesbefälhavaren. Några särskilda bestämmelser om samverkan med landstingskommunen finns däremot inte i krigssjukvårdskungörelsen. Inte heller finns på länsnivå någon motsvarighet till de särskilda samarbetsorgan som författningen enligt återfinns på högre regional och central nivå (regionala sjukvårdsledningar respektive central sjukvårdsledning; avsnitt 5.1.2 och 5.1.3).

5.1.2 Högre regional nivå

Civilbefälhavaren (CB) är i krig högsta civila totalförsvarsmyndighet inom civilområdet och skall enligt sin instruktion (1970:363) verka för att största möjliga försvarseffekt uppnås. Till CB utser regeringen en av landshövdingarna inom civilområdet. CB:s kansli består i fred av en kanslichef samt handläggare- och biträdespersonal.

CB skall i krig

- verka för att sådan verksamhet hos civila myndigheter och andra civila organ, som har betydelse för försvarsansträngningarna, bedrivs med enhetlig inriktning,
- samordna de civila försvarsåtgärderna,
- i samråd med militärbefälhavaren verka för att det civila och militära försvaret samordnas samt
- verka för att civilområdets tillgångar fördelas och utnyttjas så att försvarsansträngningarna främjas.

CB skall ägna särskild uppmärksamhet åt bl. a. hälso- och sjukvården samt veterinärväsendet i vad avser fördelning av personal-, vård- och laboratorie-

tillgångar och medicinska förnödenheter samt skydd mot biologiska stridsmedel och bekämpande av smittosamma sjukdomar hos människor och husdjur.

CB äger enligt krigssjukvårdskungörelsen samma befogenheter som på central nivå tillagts socialstyrelsen (avsnitt 5.1.3). Detta innebär att CB får besluta om förflyttning av medicinalpersonal och omfördelning av läkemedel eller andra förnödenheter för hälso- och sjukvården. CB får också bestämma om sådan förflyttning av krigsskadade och sjuka mellan län och beredskapssjukhus som i varje läge betingas av ett ändamålsenligt utnyttjande av tillgången på vårdplatser. För att skapa erforderliga vårdplatsreserver äger CB bestämma, att inom län eller vid särskilt beredskapssjukhus visst antal vårdplatser skall hållas tillgängliga enligt CB:s närmare anvisningar.

Frågor rörande den civila hälso- och sjukvården handläggs hos CB, liksom i länsstyrelsen, inom sektion B, medan frågor rörande den regionala ledningen av civilförsvaret och dess sjukvårdstjänst handläggs inom sektion A.

Även på denna nivå har under 1970-talet i ökad utsträckning genom krigsplacering i sektion B knutits personal som i fred är landstingsanställd. Till skillnad mot vad som i regel är fallet på länsnivå har dock inte sektionschefsbefattningarna besatts med personal från landstingens lednings- och förvaltningsorganisation.

Den militära sjukvårdens högre regionala ledning utövas i krig av de sex militärbefälhavarna (MB), i vilkas militärområdesstaber ingår hälso- och sjukvårdsavdelningar. För samverkan i krig mellan CB och MB i sjukvårdsfrågor skall i varje civilområde finnas ett särskilt samarbetsorgan, regionala sjukvårdsledningen (RSL). Inom den regionala sjukvårdsledningen skall beredas ärenden rörande ledningen av hälso- och sjukvården inom området.

5.1.3 Central nivå

Centralt leds den civila hälso- och sjukvården i krig under regeringen av socialstyrelsen. Socialstyrelsen äger enligt krigssjukvårdskungörelsen att, där så påkallas med hänsyn till behovet inom särskild del av riket eller viss verksamhetsgren inom den civila hälso- och sjukvården, besluta om förflyttning av medicinalpersonal eller omfördelning av läkemedel eller andra förnödenheter för hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen får också bestämma om sådan förflyttning av krigsskadade och sjuka mellan civilområden, län och beredskapssjukhus, som i varje läge betingas av ett ändamålsenligt utnyttjande av rikets tillgång på vårdplatser.

För att skapa erforderliga vårdplatsreserver äger socialstyrelsen vidare på framställning av överbefälhavaren eller när eljest behov föreligger, bestämma att inom civilområde, län eller vid särskilt beredskapssjukhus visst antal vårdplatser skall hållas tillgängliga enligt styrelsens närmare anvisningar.

I fråga om krigsorganisation för den civila hälso- och sjukvården har styrelsen enligt instruktion (1967:606) särskilt att leda, övervaka och samordna den regionala och lokala planläggningen.

ÖB respektive civilförvarsstyrelsen utövar den centrala ledningen av försvarsmaktens respektive civilförsvarets sjukvårdstjänst.

För samverkan på central nivå skall ärenden angående den centrala

ledningen av hälso- och sjukvården som berör det civila medicinalväsendet, veterinärväsendet, försvarsmakten och civilförsvaret eller två av dessa organisationer gemensamt beredas inom ett särskilt samarbetsorgan, centrala sjukvårdsledningen (CSL). CSL avses i krig samgrupperas med högkvarteret.

För tjänstgöring i CSL utser envar av ÖB, socialstyrelsen, lantbruksstyrelsen, statens livsmedelsverk och civilförsvarsstyrelsen en eller flera representanter samt Apoteksbolaget AB en representant. En representant för varje myndighet (bolaget) skall vara bemyndigad att fatta beslut för myndigheten (bolaget). Närmare anvisningar rörande CSL:s verksamhet meddelas av ÖB i samråd med socialstyrelsen, lantbruksstyrelsen, statens livsmedelsverk och civilförsvarsstyrelsen.

5.2 Överväganden och förslag

5.2.1 *Lägre regional nivå, länsnivå*

Ansvarsprincipen och samhällsutvecklingen

Ansvarsprincipen, dvs. principen att ansvar i fred för viss verksamhet följs av ansvar att förbereda, genomföra och leda samma verksamhet i krig, om den då skall fortgå, är grundläggande för totalförsvaret. Denna princip bidrar till att befästa totalförsvarsidéns förankring i samhället, samtidigt som den skapar viss garanti för att de fredstida resurserna används på ett effektivt sätt i händelse av krig.¹

Från ansvarsprincipen finns inom den kommunala sektorn två undantag; den allmänna räddningstjänsten, som i fred ombesörjs av primärkommunerna och i krig ingår i civilförsvaret, samt den landstingskommunala hälso- och sjukvården. Landstingen behåller visserligen ansvaret för att verksamheten bedrivs planenligt också under krig, men krigslänsstyrelserna har att besluta om utnyttjandet av vårdplatserna inom länet, om omflyttning av medicinalpersonal, läkemedel och andra förnödenheter samt att i övrigt bestämma om utnyttjandet av länets civila sjukvårdsresurser. Detta medför att landstingets fredstida lednings- och förvaltningsansvar på ett oklart sätt delas mellan landsting och länsstyrelse. Angivna ansvars- och ledningsförhållanden regleras i krigssjukvårdslagstiftningen, som tillkom i början av 1950-talet.

I avsnitt 1.2 har redovisats hur allt fler samhällsuppgifter i fred ålagts kommuner och landsting. Inte minst betydelsefullt i detta sammanhang är de reformer som genomförts under 1960-talet och som medförde att hälso- och sjukvården fick ett i stort sett enhetligt landstingskommunalt huvudmannaskap. Tillväxttakten inom den landstingskommunala sektorn har varit mycket snabb och landstingen svarar nu för den helt dominerande delen av sjukvårdsresurserna även i krig.

Med hänsyn till den offentliga hälso- och sjukvårdens omfattning, kvalificerade inriktning och landstingskommunernas väl utvecklade lednings- och förvaltningsorganisation har det alltmer framstått som mindre sannolikt att hälso- och sjukvården skulle kunna organiseras och bedrivas effektivt under krig på det sätt som krigssjukvårdslag m. m. anger. Detta

¹ Med krig avses i detta avsnitt (5.2) jämväl lägen då riket befinner sig i krigsfara eller andra utomordentliga förhållanden.

förhållande har bl. a. understrukits av 1974 års försvarsutredning, som framhöll att sjukvårdshuvudmännen måste åläggas sin del av ansvaret för ledning och drift av sjukvården även under krig, liksom för förberedelser härför i fred.

Ansvarsfördelning länsstyrelse-landsting

För att hälso- och sjukvården skall kunna fungera tillfredsställande i en kris- eller krigssituation är det enligt vår mening nödvändigt att ansvarsprincipen tillämpas på länsplanet. Landstingskommunen skall i sådana lägen givetvis fatta löpande beslut av drift- eller förvaltningskaraktär. Härutöver skall landstingskommunen emellertid också – mot bakgrund av länsstyrelsens övergripande beslut om inriktning och samordning av de civila försvarsanstängningarna – fatta beslut om förflyttning av sjukvårdens personal, omfördelning av utrustning och förnödenheter, hemskrivning eller förflyttning av sjuka och skadade inom länet samt i övrigt besluta om ändrade principer för resursernas användande. Ett bibehållet landstingskommunalt sjukvårdsansvar i krig ger de bästa förutsättningarna för att sjukvårdens fredsresurser i största möjliga utsträckning skall kunna användas i krig.

Vi föreslår därför att länsstyrelsernas specifika ansvar i krig för den civila hälso- och sjukvården överförs till landstingskommunerna. Länsstyrelsernas ansvar för denna verksamhet begränsas därmed till ärenden som kräver beslut av länsstyrelsen i dess egenskap av högsta civila samordnande totalförsvarsmyndighet inom länet. Hälso- och sjukvården jämställs härmed med övrig landstingskommunal verksamhet i krig.

Länsstyrelsen skall i krig verka för att största möjliga försvarseffekt uppnås inom länet. Länsstyrelsen har att fatta övergripande beslut om inriktning och samordning av de civila försvarsåtgärderna, till vilka den landstingskommunala hälso- och sjukvården – liksom all annan kommunal verksamhet – hör. Enligt lagen om kommunal beredskap äger länsstyrelsen dessutom rätt att – om det anses oundgängligt för samordning av försvarsanstängningarna – meddela kommun och landstingskommun föreskrift i avseende å verksamhetens bedrivande och inriktning. Denna länsstyrelsens direktivrätt medför enligt specialmotivering i prop. 1976/77:74 självfallet inte ”befogenhet att bestämma över kommunernas och landstingskommunernas interna ledning av verksamheten”, utan är ”endast avsedd att säkerställa att verksamheten under beredskap och krig anpassas till de övergripande beslut som länsstyrelsen har att fatta i egenskap av högsta civila totalförsvarsmyndighet inom länet”. Länsstyrelsens uppgifter är således av övergripande karaktär och avser inte detaljreglering eller verkställighet.

Landstinget bör också i krig svara för sjukvårdsverksamheten på grundval av fastlagda sjukvårdspolitiska mål och inom ramen för tillgängliga resurser. Härvid planlägger, beslutar om och genomför landstinget de förändringar av verksamhetens omfattning, inriktning etc., som kan föranledas av de övergripande anvisningar och föreskrifter som länsstyrelsen, civilbefälhavaren eller socialstyrelsen meddelar. I händelse av resursbrist, som inte kan avhjälpas med interkommunalt samarbete eller efter hänvändelse till CB eller annan överordnad myndighet svarar landstinget sålunda för erforderliga prioriteringar på i princip samma sätt som i fred.

Landstingskommunal lednings- och förvaltningsorganisation för sjukvården

I landstingskommunen är förvaltningsutskottet (motsv.) det centrala ledningsorganet i krig såväl som fred. Ansvar för den sjukvårdande verksamheten åvilar dock landstingets sjukvårdsstyrelse. Förvaltningsutskottet kan tillika vara sjukvårdsstyrelse. Även om så få förändringar som möjligt i fredsorganisationen eftersträvas, kommer den landstingskommunala lednings- och förvaltningsorganisationen i krig delvis att förändras och utvecklas. Nya faktorer i krig utgör bl. a. den helt ändrade miljö som kriget innebär samt vissa överordnade, statliga beslut rörande sjukvården, kravet på samordning inom totalförsvaret och behovet av en ständig överblick i skilda hänseenden över sjukvårdsläget inom länet. Stora krav ställs i organisationen på allsidighet, beslutsamhet och uthållighet. Väl underbyggda beslut måste kunna fattas under större tidspress än under fredsförhållanden.

En översiktlig bedömning av kraven på och förutsättningarna för sjukvårdens lednings- och förvaltningsorganisation redovisas i bilaga 3. Krigssamhällets specifika krav torde främst motivera särskilda åtgärder för att tillförsäkra landstingets sjukvårdsledning kontinuerlig kännedom om läget inom sjukvårdsområdet samt för hantering av sjukvårdens viktiga försörjningsfrågor och den omfattande sjuktransportverksamheten. Mot denna bakgrund skulle en krigsorganiserad landstingskommunal lednings- och förvaltningsorganisation kunna utformas med utgångspunkt i funktionerna ledning, sjukvårdsadministration, försörjning, sjuktransporter samt rapportering och lägesredovisning. För en närmare redovisning av uppgifterna för dessa funktioner hänvisas till bilaga 3. Funktionerna finns även i fred men behöver i krig delvis utvecklas. Därvid bör fredsorganisationen med så få förändringar som möjligt utgöra grund.

Av väsentlig betydelse i sammanhanget är att landstingskommunerna genom krigsplacering kan disponera tillräckligt antal förtroendevalda och tjänstemän för sjukvårdens ledning och förvaltning i krig.

Avslutningsvis bör understrykas att för sjukvårdens vidkommande ligger tyngdpunkten i krigssamhället på sjukvårdsdistrikten (motsv.) och sjukvårdsinrättningarna. Kraven på lednings- och förvaltningsorganisationen på lokal nivå behandlas emellertid inte av utredningen.

Länsstyrelsens sektion B

Vårt förslag medför att de uppgifter som f. n. åvilar länsstyrelsens sektion B i fråga om civil hälso- och sjukvård i stället kommer att handläggas inom den landstingskommunala lednings- och förvaltningsorganisationen. Någon krigsplacering av personal från denna i länsstyrelsens sektion B erfordras härigenom icke. Sektion B:s kvarvarande uppgifter kommer dock oförändrat att handläggas inom länsstyrelsen.

Gruppering

Landstingskommunal verksamhet måste, liksom all annan samhällelig verksamhet, i krig avvägas med hänsyn till inriktningen av de samlade

försvarsansträngningarna. Mot bakgrund härav och med beaktande av att hälso- och sjukvården utgör en vital totalförsvarskomponent, för vilken ansvaret i krig är delat mellan flera myndigheter, bör i varje fall delar av landstingets lednings- och förvaltningsorganisation samgrupperas med krigslänsstyrelsen. För att på bästa sätt kunna åstadkomma en effektiv samverkan mellan länsstyrelsens centrala enheter, försvarsområdesbefälhavaren och landstingets lednings- och förvaltningsorganisation vore det i och för sig önskvärt att de grupperades tillsammans i den del av länsstyrelsens och försvarsområdesbefälhavarens gemensamma krigsuppehållsplats, där landshövdning och försvarsområdesbefälhavare som regel befinner sig (fortsättningsvis benämnd A 1-del). Vi har emellertid funnit att detta av bl. a. utrymmesskäl inte torde vara möjligt. Med tanke på de i krig tillkommande uppgifterna och behovet av dygnet-runt-verksamhet torde den landstingskommunala sjukvårdsledningen totalt komma att omfatta så många personer att sjukvårdsledningen även i de mindre landstingen måste grupperas vid krigsuppehållsplatsens ytterdel (fortsättningsvis benämnd A 2-del) tillsammans med försvarsområdesstabens hälso- och sjukvårdsavdelning och erforderlig samverkande personal från länsstyrelsen.

Trots det i flertalet fall korta avstånden mellan A 1- och A 2-delarna och det uppbyggda sambandsnätet dem emellan kan landstinget få vissa svårigheter att kontinuerligt följa det civila och militära läget, såsom det redovisas i A 1-delen samt att samverka med där samgrupperade myndigheter och enheter. Sådana nackdelar av gruppering till A 2-delen kan minskas genom viss landstingskommunal representation i A 1-delen i form av kontaktpersoner. I landstingets sjukvårdsledning i krig bör därför bl. a. ingå handläggare med uppgift att som landstingets företrädare vid behov följa läget såsom det redovisas för krigslänsstyrelsen i A 1-delen och där medverka i erforderliga samråd.

Samverkansbehoven i krig mellan ansvariga sjukvårdsmyndigheter på länsplanet och sjukvårdens betydelse i totalförsvaret gör, sammanfattningsvis, att landstingsrepresentation på den gemensamma uppehållsplatsen är nödvändig trots de nackdelar som bl. a. en lokalmässig splittring av landstingets centrala lednings- och förvaltningsorganisation kan innebära. I landet varierande, organisatoriska, tekniska och praktiska m. fl. förutsättningar får i varje enskilt fall avgöra hur omfattande denna landstingsrepresentation bör vara och kan göras.

Samarbetsformer

Det ter sig nödvändigt och självklart med kontinuerligt samarbete och informationsutbyte under krig mellan de civila länsmyndigheterna länsstyrelse och landsting. 1964 års civilbefälhavarutredning erinrade i sitt andra betänkande (Ds C 1971:5) om behovet av "kontakt och rådslag med ledamöterna av lekmannastyrelsen". Betydelsen för försvarsviljan och befolkningens psykiska motståndskraft av en sådan förankring av länsstyrelsens beslut under krig hos dem som representerar folkviljan i länet underströks. Den fortsatta samhällsutvecklingen har gjort avsett samarbete mellan det statliga förvaltningsorganet och landstinget än mer angeläget. Det är sålunda väsentligt att även i krigssamhället beakta landstingskommunens

ställning som folkvalt organ på länsplanet.

Ett allmänt samarbete i krig mellan länsstyrelse och landsting bör kunna upprättas och bedrivas på olika sätt, beroende bl. a. på regionala och lokala förhållanden. Krigslänsstyrelsens övergripande beslut om inriktning och samverkan kommer genom ett sådant löpande samarbete att vara väl förankrade och därmed få större tyngd. En annan fördel är att landstingets olika konsekvensbeslut och verkställighet till följd av övergripande länsstyrelsebeslut underlättas. Det allmänna, löpande samarbetet mellan de civila länsmyndigheterna länsstyrelse och landsting bör i viktiga principfrågor främst utövas av landshövding och förvaltningsutskottets ordförande samt inrymma erforderlig samverkan med försvarsområdesbefälhavaren.

Fördelningen av ansvar och resurser för hälso- och sjukvård i krig medför att ett speciellt samarbete måste etableras mellan länsstyrelse, landstingskommun och försvarsområdesstab. Samarbetet behöver främst avse åtgärder för att åstadkomma ett samordnat utnyttjande av tillgängliga sjukvårdsresurser såsom vårdenheter (vårdplatser), operationslag, sjuktransportmedel, personal, sjukvårdsmateriel, läkemedel, vätskor, blod, samordning och dirigering av sjuktransporter samt gemensam lägesuppföljning, prognos- och rapporteringsverksamhet.

För att beslut om gemensam inriktning och samordnat utnyttjande av de totala hälso- och sjukvårdsresurserna skall kunna fattas kan det, åtminstone periodvis och i viktiga principfrågor rörande planläggning, resursutnyttjande och patientdirigering vara nödvändigt med regelbundna och formaliserade överläggningar mellan företrädare för landsting, länsstyrelse och försvarsområdesbefälhavare. I anknytning till sådana överläggningar måste beslut i ett antal frågor vid behov kunna fattas av representanter för landsting, länsstyrelse och försvarsområdesbefälhavare. Vi föreslår att dessa för respektive myndighet bemyndigade företrädare konstituerar ett samverkansorgan med beteckningen länssjukvårdsberedning (LSB). Det måste därvid understrykas att LSB inte är något ledningsorgan och således inte övertar det ansvar som åvilar berörda myndigheter. Beslut kan visserligen fattas vid de gemensamma överläggningarna men inte av LSB som sådan utan av respektive myndighet genom sin befullmäktigade representant.

Även om flertalet sjukvårdsärenden inte torde kräva samordning över myndighetsgränserna och följaktligen kan handläggas helt inom respektive myndighet krävs, förutom samverkan i LSB, ett löpande samarbete i sjukvårdsfrågor mellan myndigheterna på handläggarnivå. Ett sådant informellt samarbete måste kunna etableras smidigt och utifrån varje läns specifika förhållanden och allt efter behov. De gemensamma, eller mot varandra avstämda insatserna gäller främst beräkningar och bedömningar av läget, prognosarbete, analys av handlingsalternativ och utarbetande av förslag till erforderliga, samordnade beslut av respektive myndighet i anknytning till sammanträden i LSB. Sådant samarbete får ses som så betydelsefullt att de tre myndigheterna kontinuerligt måste beakta och avväga insatsbehovet härför. För ett effektivt samarbete är det angeläget att samgruppering av berörd personal kan komma till stånd.

Till grund för det länsvisa samarbetet mellan de tre myndigheterna bör ligga av socialstyrelsen utfärdade föreskrifter och råd. I dessa bör dels anges vilka generella krav som en samverkande lednings- och förvaltningsorgani-

sation för hälso- och sjukvården måste tillgodose, dels beskrivas hur samarbetet rent praktiskt kan bedrivas med angivande av bl. a. vissa enhetliga rutiner.

Föreskrifterna får dock inte vara så detaljerade och bindande att de inte medger att samarbetet kan utformas med utgångspunkt i de mellan länen varierande förutsättningarna och kan utvecklas genom de erfarenheter som fredstida samverkan i planläggning samt utbildning och övning kan ge. Vi vill understryka att såväl samordning inom ramen för LSB som löpande samarbete i övrigt rörande hälso- och sjukvård måste övas i fred för att kunna fungera effektivt i krig. En fördel vid inrättande av LSB för samverkan i krig får bedömas vara att därigenom redan i fred konstitueras en personkrets som kan utgöra en naturlig plattform för ett löpande samarbete i fredssamhället. Personkontakter och kunskaper om andra myndigheters ansvarsområden kan i fred ytterligare utvecklas genom att olika organ och funktioner övas gemensamt.

5.2.2 Högre regional nivå

CB-funktionen

Fredssamhällets resurser för offentlig hälso- och sjukvård är organiserade och ansvarsmässigt förankrade på länsnivå. För att tillgodose den ökade sjukvårds efterfrågan i krig måste landets totala resurser, oberoende av organisatorisk anknytning och administrativa gränser kunna ianspråktagas och utnyttjas effektivt allt efter händelseutvecklingen. Flyttbara resurser i form av kirurgiska operationslag, sjukvårdsmateriel, läkemedel och sjuktransportfordon måste kunna omfördelas och koncentreras till de delar av landet som genom krigshandlingar utsätts för särskilt svår belastning. För att undvika överbeläggningar måste patienter, som kräver lång vårdtid, kunna avtransporteras till andra regioner och där fördelas på vårdinrättningar. Både när det gäller att avlämna respektive att ta emot resurser och patienter förordras på högre regional nivå en fördelning och samordnande verksamhet, för vilken CB och MB ansvarar.

CB:s samordnande och inriktande verksamhet skall vara långsiktig och syfta till att resursbrist och behov av bl. a. resursutjämning kan förutses i tid. Landstingskommunerna måste därvid vara underkastade de operativa beslut CB i egenskap av högsta civila totalförsvarsmyndighet inom civilområdet äger att fatta.

För att förstärka landstingskommunernas inflytande över de beslut om den egna verksamheten som fattas på högre regional nivå har vi övervägt möjligheterna att i krig ålägga samtliga berörda landstingskommuner ett gemensamt ansvar för den civila hälso- och sjukvårdens samlade tillgångar och deras utnyttjande inom civilområdet.

Landstingskommunerna skulle, inom ramen för CB:s övergripande beslut och anvisningar, besluta om förflyttning av personal, patienter och förnödheter samt om ändrade principer för resursernas användande.

För att svara för dessa uppgifter skulle det vara nödvändigt att inom varje civilområde inrätta en "högre" landstingskommunal sjukvårdsledning. Denna sjukvårdsledning skulle grupperas tillsammans med CB:s kansli och

överta de uppgifter som f. n. åvilar CB:s sektion B i vad avser hälso- och sjukvård.

Även om samarbetet mellan landstingskommunerna inom sjukvårdsregionerna är väl utvecklat i fred existerar inte någon fredstida överlandstingskommunal funktion av det slag som enligt ovan skulle vara nödvändig i krig. Med hänsyn till den bristande geografiska överensstämmelsen mellan sjukvårdsregionerna och civilområdena är det inte heller möjligt att låta regionsjukvårdsnämnderna och deras kanslier nu utgöra grunden för landstingskommunala sjukvårdsledningar på högre regional nivå i krig, vilket annars skulle vara det naturliga.

Vi har därför funnit, att ansvaret för operativ ledning av den civila hälso- och sjukvården inom civilområde bör oförändrat åvila CB. Förutsatt utveckling och breddning av det fredstida regionsamarbetet om sjukvården på grundval av bl. a. regionsjukvårdsutredningens förslag (avsnitt 8.2) kan dock ge anledning att i ett längre tidsperspektiv på nytt pröva denna fråga. Vi återkommer i det följande med förslag om förstärkning av CB:s organisation för operativ sjukvårdsledning inom ramen för gällande ordning.

Vi har heller inte funnit anledning föreslå någon ändring av den principiella ansvarsfördelningen mellan högre regional nivå och länsnivå. Detta innebär att CB:s befattning med den civila hälso- och sjukvården är begränsad till uppgifter som inte kan lösas med de inom det aktuella länet tillgängliga resurserna eller genom direkt samverkan mellan berörda sjukvårdsområden samt frågor som i övrigt rör förhållandena inom minst två av de i civilområdet ingående länen. CB åligger dock ett ansvar för att verksamheten bedrivs på ett med hänsyn till den operativa inriktningen lämpligt sätt och i enlighet med sjukvårdens allmänna resursläge inom civilområdet. CB:s uppgifter är således av övergripande karaktär och avser inte detaljreglering eller verkställighet.

Mellan CB och landstingskommunerna inom civilområdet kommer ett samarbete att behöva upprättas, som utformas allt efter den rådande situationen. Så länge tiden, kommunikationerna och situationen i övrigt så medger, förutsätter vi att viktigare CB-beslut om hälso- och sjukvården föregås av kontakt med berörda sjukvårdshuvudmän. Vid sådan direktkontakt mellan CB och landsting måste dock berörd länsstyrelse hållas underrättad.

I sammanhanget skall understrykas att landstingskommunerna i fred har utvecklat ett omfattande interkommunalt samarbete, dels mellan enskilda huvudmän, dels inom sjukvårdsregionerna. I krig finns ett motsvarande behov av direkt samarbete mellan sjukvårdshuvudmännen. Så länge förhållandena inte medför hinder härför kommer, inom ramen för CB:s allmänna inriktning av verksamheten, resursutjämnande åtgärder m.m. att kunna vidtas smidigt och effektivt genom sådant samarbete utan krav på aktiva insatser från CB:s sida.

Länsstyrelse kan enligt lagen om kommunal beredskap besluta om bistånd inte bara mellan primärkommuner utan också mellan landstingskommuner samt dessa kommuntyper emellan. Länsstyrelse får vidare meddela kommun och landstingskommun föreskrifter i avseende på verksamhetens bedrivande och inriktning. Vi föreslår att dessa befogenheter även skall tillkomma civilbefälhavare.

CB:s sektion B

Inom CB:s sektion B handläggs ärenden om såväl landstingskommunal hälso- och sjukvård som statlig och primärkommunal allmän hälsovård m. m. Gällande ordning i detta avseende förklaras av tidigare ansvarsförhållanden och dåvarande statligt anställda 1:e provinsialläkares ställning i fråga om både hälso- och sjukvård och allmän hälsovård enligt hälsovårdsstadga, smittoskyddslag m. m. På länsplanet innebär vårt förslag – i enlighet med förhållandena i fred – att dessa skilda ansvarsområden även i krig åvilar kommuner och länsstyrelse respektive landstingskommun. En motsvarande renodling av ansvar bör komma till stånd inom CB:s kansli. Nuvarande organisation innefattar f. ö. en risk för att de viktiga frågorna om allmän hälsovård, djursjukvård etc. inte får full genomslagskraft, då de är helt inordnade i de påträngande sjukvårdssammanhangen. Denna tendens att sjukvården i nuvarande organisation intar en så dominerande ställning att frågor rörande allmän hälsovård m. m. undanskymms har framkommit vid övningar och spel. Vi föreslår därför att CB:s sektion B delas upp på två sektioner; en sektion för allmän hälsovård m. m. samt en sjukvårdssektion.

I fråga om sammansättningen av CB:s sjukvårdssektion är det nödvändigt med medverkan från personer med ingående kunskap om och erfarenhet av ledning och drift av den civila hälso- och sjukvården samt av regionsjukvårdssamarbete. Chef för sektionen förutsätts vara en inom den civila hälso- och sjukvården verksam person från någon av de i civilområdet ingående sjukvårdshuvudmännen. Även i övrigt bör personal i huvudsak hämtas från landstingen och regionsjukvårdsnämndernas kanslier. Besluten i krig på denna nivå är visserligen statliga och hos CB krigsplacerad personal, som har sin fredstjänstgöring hos landstingskommunerna, kan inte ha något mandat att företräda dessa. Icke desto mindre innebär en sådan personell ordning att CB:s sjukvårdssektion kommer att uppfattas som ett för sin uppgift kompetent organ, vars beslut kan förutsättas vara väl underbyggda. Brister i sjukvårdens informations- och rapporteringssystem begränsar dock f. n. sjukvårdssektionens möjligheter att utöva en kontinuerlig, effektiv och förutseende ledning.

Krigsplacering av personal i sjukvårdssektionen måste ske i nära samarbete med de i civilområdet ingående landstingskommunerna. Vi föreslår att ledande personal inom sektionen utses av CB efter förslag av berörda sjukvårdshuvudmän. Landstingskommunerna får härvid göra en avvägning mellan vilka personer de måste ha i sin egen lednings- och förvaltningsorganisation och vilka som lämpligen bör krigsplaceras i sjukvårdssektionen. Med hänsyn till verksamhetens övergripande och översiktliga natur bör sektionen inte vara större än att den medger en smidigt arbetande och operativ ledningsfunktion med erforderlig uthållighet. CB har f. ö. möjlighet att, utöver krigsplacerad personal, vid behov tillfälligt eller för längre tid till sig knyta erforderliga experter från t. ex. vederbörande sjukvårdshuvudman.

Samarbete

Behovet av samarbete i sjukvårdsfrågor mellan CB och MB kommer i många lägen att vara stort. Detta ställer krav på dels att samordnade beslut kan fattas

vid gemensamma överläggningar mellan bemyndigade beslutsfattare från MB:s sjukvårdsavdelning och CB:s sjukvårdssektion, dels ett samarbete mellan myndigheternas handläggarpersonal. Samarbetet bör bedrivas på i princip samma sätt som föreslagits gälla inom länen. Chefen för CB:s sjukvårdssektion respektive miloläkaren bör konstituera samverkansorganet regionala sjukvårdsberedningen (RSB). I anknytning till gemensamma överläggningar i RSB skall vid behov beslut kunna fattas för CB respektive MB enligt bemyndigande.

För att behovet av samarbete mellan de två myndigheterna skall kunna tillgodoses på ett smidigt sätt måste milostabens och civokansliets enheter för sjukvårdsledning vara samgrupperade. För samarbete mellan de samgrupperade myndigheterna bör i övrigt gälla vad som anförts för länsnivån.

5.2.3 *Central nivå*

Den centrala ledningen av den civila hälso- och sjukvården i krig utövas under regeringen av socialstyrelsen. Vi har i avsnitt 5.1.3 redogjort för socialstyrelsens uppgifter i detta avseende liksom för ledningen av civilförsvarets respektive försvarsmaktens sjukvårdstjänst samt för det särskilda samarbetsorganet CSL (centrala sjukvårdsledningen).

Uppgifterna för den centrala ledningen är framåtriktade och av övergripande karaktär. På denna nivå kan som regel läget i hela landet överblickas och bedömas vilka resursutjämnande åtgärder som måste vidtas mellan civilområdena.

Landstingskommunalt inflytande

För att det på central nivå skall vara möjligt att i krig fatta beslut om de landstingskommunala sjukvårdsresursernas fördelning och användande m. m. ställs stora krav på kunskap om och erfarenhet av landstingskommunal verksamhet i fred. Vi har därför övervägt hur den centrala ledningen av den civila hälso- och sjukvården bäst skall kunna förankras i den fredstida sjukvårdsorganisationen och tillförsäkras dennas kunskap och erfarenheter.

Den mest långtgående lösningen skulle vara att inrätta en "central" landstingskommunal sjukvårdsledning i krig. Landstingsförbundet, som i fred är ett samarbetsorgan för samtliga sjukvårdshuvudmän, torde i sådant fall vara den lämpligaste grunden. En sådan lösning skulle bl. a. förutsätta viss myndighetsställning för förbundet i fred vad avser befogenhet att utfärda anvisningar för planläggning m. m. samt full myndighetsstatus i krig.

Liksom i fråga om högre regional nivå har vi dock funnit att en landstingskommunal sjukvårdsledning av detta slag inte bör inrättas. Det centrala, operativa ledningsansvaret för den landstingskommunala sjukvården bör också i fortsättningen vara en statlig angelägenhet och åvila socialstyrelsen. Visserligen har inte socialstyrelsen, lika lite som landstingsförbundet, något ledningsansvar för fredssjukvården, men enligt vår mening bör ansvaret för de sjukvårdsbeslut som fattas på central nivå i krig åvila statlig myndighet.

Socialstyrelsen

Vi föreslår att socialstyrelsen i krig, utöver då kvarstående fredsuppgifter, skall äga att med hänsyn till behovet inom särskild del av riket eller viss verksamhetsgren inom den civila hälso- och sjukvården besluta om förflyttning av personal, patienter och förnödenheter samt i övrigt bestämma om hälso- och sjukvårdsresursernas utnyttjande. I gällande krigssjukvårdskungörelse är socialstyrelsens dispositionsrätt i krig till landstingskommunala sjukvårdsresurser begränsad till medicinalpersonal, förnödenheter och vårdplatser.

Den nödvändiga anknytningen av socialstyrelsens verksamhet till den landstingskommunala sjukvårdsorganisationen bör ske genom att personer som i fred är verksamma inom det landstingskommunala området, såväl i centrala organisationer som t. ex. landstingsförbundet och Spri, som inom enskilda landsting i erforderlig utsträckning krigsplaceras inom socialstyrelsen. Sådana krigsplaceringar förutsätts ske i samråd med sjukvårdshuvudmännen.

Viss oklarhet råder om hur verksamheten inom socialstyrelsen skall bedrivas i krig. Många av socialstyrelsens fredsuppgifter måste i ett krigsläge läggas ned eller övertas av andra statliga eller kommunala organ. Samtidigt får socialstyrelsen dispositionsrätt till de landstingskommunala sjukvårdsresurserna, vilket ger styrelsen ökat ansvar och helt andra befogenheter än den har i fred. En granskning av vilka uppgifter som kan bortfalla i krig samt vilka tillkommande krav en krigssituation ställer på socialstyrelsen pågår f. n. inom styrelsen i samarbete med berörda myndigheter och organisationer.

Samarbete

Liksom på länsnivå och högre regional nivå måste, för samordnat utnyttjande av sjukvårdsresurserna, ett samarbete mellan olika myndigheter på central nivå ske i former som planlagts och övats i fred. Detta samarbete bör kunna bedrivas på i princip samma sätt på samtliga ledningsnivåer. Vi föreslår att beslut på central nivå i ärenden som rör mer än en gren av totalförsvarets hälso- och sjukvård – dvs. den civila hälso- och sjukvården, försvarsmaktens och civilförsvarets sjukvårdstjänst – skall kunna fattas för respektive myndighet av bemyndigade representanter i anknytning till formaliserade överläggningar inom en central sjukvårdsberedning (CSB).

Representanter för socialstyrelsen, ÖB, civilförsvarsstyrelsen, överstyrelsen för ekonomiskt försvar (ÖEF) och Apoteksbolaget AB bör ingå i CSB. Företrädarna för rikets hälso- och sjukvårdsresurser är därvid socialstyrelsen, civilförsvarsstyrelsen och ÖB, vilka har ansvar i fred för den centrala planläggningen av respektive verksamheter. Socialstyrelsen svarar också för den allmänna hälsovården. Apoteksbolaget AB har närmast att fylla en servicefunktion med avseende på läkemedelsförsörjningen. ÖEF har produktionsansvar och inom vissa områden programansvar för försörjning med varor och tjänster för hälso- och sjukvårdens behov. Jämfört med nuvarande centrala sjukvårdsledning föreslås ÖEF tillkomma, medan lantbruksstyrelsen och statens livsmedelsverk inte behöver vara permanent företrädare i hälso- och sjukvårdens centrala samverkansorgan. Det är enligt vår mening tillräckligt om representanter för dessa senare myndigheter vid behov kan

medverka i samarbetet i CSB. Personal från lantbruksstyrelsen och livsmedelsverket bör därför beredas arbetslokaler i anslutning till CSB:s gruppering.

Tillsammans med de bemyndigade beslutsfattarna i CSB måste viss handläggarpersonal från de olika myndigheterna finnas, för att ta fram underlag för respektive myndighets beslut samt för erforderligt löpande samarbete över myndighetsgränserna.

Nuvarande CSL avses i krig grupperas i högkvarteret. Den dominerande ställning som den civila hälso- och sjukvården intar i totalförsvarets sjukvård talar för att CSB borde samgrupperas med socialstyrelsen. Detta skulle dock kräva betydligt bättre sambands- och andra kommunikationsmöjligheter än socialstyrelsen f. n. har på aktuell krigsuppehållsplats. En sådan gruppering av CSB kan därför inte nu förordas. CSB bör således, liksom nuvarande CSL, i varje fall t. v. samgrupperas med högkvarteret. Vi vill dock understryka att detta ställningstagande gjorts mot bakgrund av nuvarande tekniska och praktiska förutsättningar. Enligt vår mening bör kraven på socialstyrelsens krigsuppehållsplats och förutsättningarna för att där gruppera CSB ingående prövas, t. ex. i samband med pågående översyn av socialstyrelsens krigsorganisation. Utgångspunkten bör därvid vara, att CSB skall grupperas där den bäst kan fylla sin funktion.

Det är angeläget att planläggning och övning i fred inte ensidigt inriktas på samarbete mellan myndigheter. Arbetsformerna inom myndigheterna måste också uppmärksammas. I t. ex. socialstyrelsens fall bör bl. a. prövas hur uppgifterna mellan bemyndigade företrädare i CSB och övrig i högkvarteret grupperad personal samt personalen vid styrelsens ordinarie krigsuppehållsplats skall fördelas och hur kontakterna dem emellan skall upprätthållas.

Anvisningar om samarbete rörande totalförsvarets hälso- och sjukvård bör ej längre utfärdas av ÖB utan av socialstyrelsen i samråd med ÖB, civilförsvarsstyrelsen, överstyrelsen för ekonomiskt försvar, riksnämnden för kommunal beredskap och landstingsförbundet.

Medicinsk sakkunskap

Avslutningsvis vill vi betona nödvändigheten av att man på samtliga nivåer inom totalförsvarets hälso- och sjukvård disponerar erforderlig medicinsk expertis som biträde i det administrativa arbetet. Detta är inte något för krigssamhället speciellt. Ett formaliserat exempel härpå i fred utgör sjukvårdslagens bestämmelse (13 §) att sjukhusdirektör som inte är läkare skall biträdas av en chefsläkare i medicinska angelägenheter. I krig kommer de administrativa organen att tvingas fatta beslut om bl. a. den medicinska verksamheten på ett sätt som inte alltid skulle anses acceptabelt i fred. Detta understryker vikten av att ledningsorganen för sjukvården i krig har tillgång till erforderlig medicinsk och annan sakkunskap.

6 Förberedelser i fred

6.1 Planläggning m. m.

6.1.1 *Nuläge*

Landstingskommunerna är enligt krigssjukvårdslagen skyldiga att redan i fredstid uppgöra de planer och i övrigt vidta de förberedande åtgärder som erfordras för övergång till krigsorganisation. Planläggningen sker enligt socialstyrelsens anvisningar.

Landstingskommunernas planlägningsansvar enligt krigssjukvårdslagen omfattar endast den hälso- och sjukvårdande verksamheten. För annan landstingskommunal verksamhet samt för den landstingskommunala lednings- och förvaltningsorganisationen har tidigare inte förelegat någon motsvarande planläggningsskyldighet. Efter beslut av 1977 års riksmöte omfattar emellertid lagen om kommunal beredskap (1964:63) numera också landstingskommunerna. Landstingskommunal planläggning enligt denna lag, som i princip är tillämplig på all landstingskommunal verksamhet, har påbörjats under 1977/78 och kommer därefter successivt att genomföras i samtliga landsting under en femårsperiod. I fråga om hälso- och sjukvård gäller dock lagen endast i den mån den inte strider mot krigssjukvårdslagstiftningen.

På länsnivå respektive högre regional nivå skall länsstyrelsen respektive civilbefälhavaren verka för att den civila delen av totalförsvaret inom länet/civilområdet planläggs så att den i krig och vid krigsfara kan föras med enhetlig inriktning. Planläggningen skall i erforderlig utsträckning samordnas såväl mellan de civila myndigheterna och organen inbördes som mellan dessa och de militära myndigheterna.

Socialstyrelsen har enligt sin instruktion särskilt att leda, övervaka och samordna den regionala och lokala planläggningen av den civila hälso- och sjukvårdens krigsorganisation.

6.1.2 *Överväganden och förslag*

Landstingskommunernas ansvar för den civila hälso- och sjukvården i krig kan, vid en jämförelse med det långtgående mycket självständiga landstingskommunala ansvaret för sjukvården i fred, beskrivas som relativt passivt. Anledningen till detta är främst de otidseniga ansvarsförhållanden som gäller för sjukvården i krig (avsnitt 5.1.1).

Planläggningen genomförs efter av socialstyrelsen utfärdade, ofta detaljerade, anvisningar. Beredskapsfrågor ingår inte i den fredstida sjukvårdsplaneringen utan hanteras i särskild ordning vid sidan om fredssjukvården och dess utveckling. En följd av dessa förhållanden är att beredskapsplanläggningen inte bygger på en i fredsverksamheten tillräckligt förankrad helhetssyn på hälso- och sjukvården i krig som ett sammansatt och avvägt system.

Den för krigsförhållanden planlagda organisationen har, som konstaterats i avsnitt 2.3, relativt ensidigt inriktats på att tillgodose den efterfrågan på sluten akutsjukvård som krigshandlingar förorsakar. Behov av och samband med andra vård- och omvårdnadsinsatser har i allmänhet inte tillräckligt beaktats. Ansvarsförhållandena och ledningsorganisationen avviker vidare i väsentliga hänseenden från den fredstida, vilket negativt torde påverka effektiviteten under de delvis extrema förhållanden en krigssituation kan antas skapa. Sammanfattningsvis kan konstateras, att den hittillsvarande planläggningen i flera avseenden inte torde utgöra en tillräckligt god grund för hälso- och sjukvården i krig.

Ett fastläggande på länsplanet av ansvarsprincipen, såsom föreslagits i kapitel 5, medför att landstingskommunerna mera aktivt än hittills måste planlägga för en god och balanserad hälso- och sjukvård också under krig. Landstingskommunernas planläggning skall, liksom hittills, som grund ha dels fredsorganisationen och dess resurser, dels de statligt finansierade tillskottsresurser som vid krig skall infogas i sjukvårdsorganisationen. Planläggningen måste bedrivas inom ramar som fastställs centralt avseende bl. a. säkerhetspolitiska förutsättningar, totalförsvarsbeslut omfattande totalförsvarets och sjukvårdsberedskapens fortsatta utveckling samt operativ planläggning, personaltillgång och andra faktorer av betydelse för sjukvården. På högre regional nivå ankommer det på CB och MB att gemensamt lägga fast sin grundsyn på totalförsvarsplaneringen inom civil- och militärområdet och delge denna till länsstyrelser, försvarsområdesbefälhavare, landstingskommuner och andra berörda myndigheter inom området. Motsvarande gäller inom länet för länsstyrelse och försvarsområdesbefälhavare.

Olika förutsättningar för och krav på hälso- och sjukvården vid alternativa krisfall och angreppsformer bör redovisas som tillkommande krav från central och högre regional nivå som ett underlag för det konkreta planlägningsarbetet inom sjukvårdsområdena. Härutöver är det också nödvändigt att – inom ramen för den gemensamma grundsyn som CB och MB redovisat – en länsövergripande samordning av den landstingskommunala planläggningen kommer till stånd. Detta torde bäst ske genom interkommunalt samarbete och med det fredstida regionsjukvårdssamarbetet som grund. En förstärkning av regionsjukvårdsnämndernas ställning, såsom övervägs inom regionsjukvårdsutredningen (avsnitt 8.2) skulle därvid vara av stort värde.

Landstingskommunernas planläggning för krig bör enligt vår mening i så stor utsträckning som möjligt bedrivas inom ramen för det system för fredstida sjukvårdsplanering som är under utbyggnad. Den medicinska katastrofberedskapen i fred bör ses som ett led i sjukvårdsberedskapen inför krig. Hälso- och sjukvårdsberedskapen bör utgöra en integrerad del av en total och sammanhållen landstingskommunal planläggning – där hälso- och

sjukvården utgör en central del – såväl för att möta risker i den vanliga fredsverksamheten som för beredskap och krig. Nuvarande centrala detaljreglering av planläggningen bör så långt möjligt ersättas av övergripande ramar, som främst skall syfta till att planläggningen får en viss enhetlig, samordnad inriktning. Inom dessa ramar skall det ankomma på landstingskommunerna att bedöma förutsättningarna och konsekvenserna för den egna verksamheten i krig och planlägga härför. Erforderlig samverkan får härvid förutsättas ske med länsstyrelse, primärkommuner och militära myndigheter.

Staten bör liksom hittills svara för de merkostnader som landstingskommunerna åsamkas för planläggning och andra förberedande åtgärder för beredskap och krig. Härvid måste beaktas att det här angivna planläggnings-systemet kommer att medföra ökade kostnader för landstingskommunerna.

6.2 Utbildning

6.2.1 Nuläge

Fredssjukvårdens personella och materiella resurser utgör grunden för hälso- och sjukvården i krig. Den kunskap och erfarenhet som hälso- och sjukvårdens personal förvärvat genom yrkesutbildning och genom ordinarie fredsverksamhet är därmed den viktigaste tillgången för samhället vid katastrofer och i krig.

För vissa yrkesgrupper ingår kurser om hälso- och sjukvård i krig i den ordinarie grundutbildningen. Blivande läkare får i sin grundutbildning som regel 40 timmars undervisning i ämnet katastrofmedicin. I sjuksköterskornas grundutbildning ingår ca 20 timmars undervisning i ämnet försvars- och katastrofmedicin. På vårdyrkeslinjen i gymnasieskolan meddelas för blivande undersköterskor ca 10 timmars undervisning i samma ämne. Någon särskild undervisning i försvars- och katastrofmedicin ingår däremot inte i vidareutbildningen för vare sig läkare eller sjuksköterskor. Vissa katastrofmedicinska aspekter beaktas dock i samband med andra tillämpliga undervisningsmoment inom berörda vidareutbildningar.

För att på bästa sätt kunna utnyttja personalens kompetens i katastrofsituationer kompletteras den fredstida yrkesutbildningen och -erfarenheten med viss försvars- och katastrofmedicinsk utbildning. Behovet av sådan utbildning varierar mellan olika personalgrupper.

För *den civila hälso- och sjukvårdens behov* har utbildningen karaktär av ett komplement till den utbildning som medicinsk och administrativ personal får i fred. Utbildningsresurserna är därvid koncentrerade till de personalgrupper, som i en krigssituation får en påtagligt förändrad arbetssituation och som har det största utbildningsbehovet.

Socialstyrelsen har enligt sin instruktion att sörja för försvarsmedicinsk utbildning av medicinalpersonal. Enligt krigssjukvårdslagen har läkare, utöver eventuell värnplikt, särskild utbildningsplikt omfattande 60 dagar upp till 65 års ålder. Med stöd av denna utbildningsplikt anordnar socialstyrelsen årligen ett antal internatkurser för läkare.

En viss förändring av socialstyrelsens kursutbud har ägt rum under senare år. Detta vänder sig i ökad utsträckning till sjuksköterskor, administrativ personal och annan personal inom hälso- och sjukvården. Kursutbudet är dock fortfarande i stor utsträckning inriktat på läkare.

Budgetåret 1978/79 anordnar socialstyrelsen ca 65 kurser med drygt 1 700 deltagare. Kurserna är vanligtvis 3–5 dagar långa.

Utöver de kursbundna formerna av utbildning fullgör läkare som är i värnpliktsåldern men som överförts från försvarsmakten till den civila hälso- och sjukvården s. k. försvarsmedicinsk tjänstgöring. Denna skall ha försvars- och katastrofmedicinskt värde men kan även utnyttjas för att i bristsituationer täcka upp personalvakanser inom fredssjukvården. Antalet inkallade läkare uppgår budgetåret 1978/79 till ca 80.

Socialstyrelsen är också utbildningsmyndighet för vapenfria tjänstepliktiga inom sjukvården. De vapenfria, som f. n. uppgår till 200–300 per år, genomgår utbildning med efterföljande praktiktjänstgöring, t. ex. som sjukvårdsbiträden eller som expeditiionsbiträden.

Från socialstyrelsens anslag för krigssjukvårdsutbildning erhåller Svenska Röda Korset medel för utbildning av civilsamariter och viss administrativ personal inom blodförsörjningsorganisationen. Motsvarande gäller för Sveriges Kvinnliga Bilkårens Riksförbund (SKBR) för utbildning av hjälpambulansförare som krigsplaceras på beredskapssjukhus.

Landstingskommunerna har inte något i krigssjukvårdslagstiftningen reglerat ansvar för utbildning av den personal de disponerar i krig. Sjukvårdshuvudmännens utbildningsinsatser är som en följd härav relativt begränsade och består huvudsakligen i att lokalt förankrade s. k. beredskapssjukhuskonferenser genomförs med begränsat ekonomiskt stöd av socialstyrelsen (högst 1 500 kr. per konferens).

Inom riksnämnden för kommunal beredskap har påbörjats ett utredningsarbete angående landstingskommunala ledningsövningar. Sådana ledningsövningar har hittills endast bedrivits inom primärkommunerna och därvid syftat till att skapa former för samverkan och samordning, att informera om totalförsvarsmyndigheternas uppgifter, organisation, resurser och gruppering samt att skapa personkontakter.

Sjukvårdshuvudmännens personal för ledning av sjukvården i krig saknar i stor utsträckning utbildning för sina krigsuppgifter. Viss ledningspersonal deltar dock i totalförsvarsövningar som anordnas på länsnivå och högre regional nivå med länsstyrelse respektive CB som ansvariga för den civila delen av övningsverksamheten.

Utbildningen inom försvarsmakten bör enligt ÖB:s grundsyn på sjukvård i krig begränsas till det som är specifikt för försvarsmakten. Det är därför fråga om miljöutbildning som syftar till att personalen skall kunna fungera inom försvarsmaktens krigsorganisation samt sådan krigskirurgisk och/eller annan kvalificerad utbildning som inte kan meddelas i civil regi.

Vid samtliga försvarsmaktens förband ges alla värnpliktiga utbildning i första hjälp (sjukvårdens grundkurs) för att kunna svara för de omedelbara åtgärderna på skadepatsen. Vid flera förband ges därutöver fördjupad utbildning i akut omhändertagande till de värnpliktiga som krigsplaceras i sjukvårdande befattningar. Mera omfattande sjukvårdsutbildning bedrivs härutöver vid de fyra trängförbanden samt vid medicinalfackskolan i

Stockholm (läkare, tandläkare, apotekare, veterinärer m. fl. ur armén och flygvapnet), och vid marinens sjukvårdsskola i Göteborg. Viss del av utbildningen är förlagd till civila sjukhus och samordnas med landstingens civila vårdutbildningar.

Chefen för försvarets medicinalkår ansvarar för vidareutbildning av reservanställd personal (läkare, veterinärer och apotekare). Utbildningen omfattar främst stabstjänst och krigskirurgi.

En utredning om utbildningen för försvarsmaktens sjukvård i krig har nyligen avslutats av försvarets sjukvårdsstyrelse i samband med översynen av försvarsmaktens sjukvård i krig (FÖSK, avsnitt 1.4.3). Förslag har därvid framlagts syftande till att i den militära krigsorganisationen i ökad utsträckning tillvarata civilt utbildad vårdpersonal samt sjukvårdskunnandet hos sådan civilt utbildad personal som inte är direkt yrkesverksam inom sjukvården. Enligt sjukvårdsstyrelsens bedömning skulle det vara möjligt att minska den militära utbildningsvolymen men ändå åstadkomma en kvalitets- och kapacitetsökning inom försvarsmaktens sjukvårdsorganisation.

Inom *civilt försvar* ges den personal som tjänstgör inom civilförsvarets sjukvårdsenheter (undsättningsplutoner och sjukvårdsplutoner) en mycket begränsad utbildning. De ca 16 000 samariterna, som bl. a. skall fullgöra uppgifter vid första omhändertagande av skadade och transport av svårt skadade till sjukhus, utbildas vid enhetsövningar (2 dagar vart fjärde år).

Civilt försvarets utbildning bedrivs bl. a. vid civilförsvarsstyrelsens centrala utbildnings- och förrådsanläggningar (CUFA). Vår principiella syn på civilförsvarets sjukvårdstjänst samt utbildning härför har redovisats i avsnitt 3.3.

6.2.2 Överväganden och förslag

Allmänna synpunkter

Hälso- och sjukvården vid katastrofer och i krig bygger på kunskaper, som har sin tillämpning redan i fred inom samtliga medicinska verksamhetsområden (medicin, kirurgi, psykiatri, infektionssjukvård m. m.). Ett katastrof- eller krigsförhållande ställer dock särskilda krav på personalen på grund av den annorlunda yttre miljön, sjukdomarnas och skadornas art och – framför allt – omfattning. Mot bakgrund av dessa förhållanden ter det sig för oss naturligt att för all sjukvårdspersonal utbildningen i försvars- och katastrofmedicin i så stor utsträckning som möjligt förankras i det reguljära utbildningsväsendet och bedrivs i anslutning till "ordinarie" fredsutbildning.

Med sjukvårdspersonal avses i detta sammanhang all personal verksam inom hälso- och sjukvården, alltså även berörda förtroendemän, administrativ personal, teknisk personal och personal inom försörjningsorganisationen.

För sjukvård i krig tillförs kompletteringsresurser inom civilförsvar och försvarsmakten. Personalen inom försvarsmaktens organisation består av dels medicinalpersonal (läkare och sjuksköterskor), dels annan sjukvårdspersonal. Den legitimerade medicinalpersonalen erhåller sin grund- och vidareutbildning inom den civila utbildningsorganisationen och viss tillämpningsutbildning inom försvarsmakten vid dels kurser om försvarsmaktsspe-

cifika problem, dels tillämpningsövningar (krigsförbandsövningar).

Den icke legitimerade sjukvårdspersonalen inom försvarsmaktens organisation får sin grund- och vidareutbildning liksom tillämpningsutbildning inom försvarsmakten genom försvarsgrenschefernas försorg.

Civiltjänstens sjukvårdspersonal (samariter) erhåller i allmänhet mycket begränsad utbildning inom den egna organisationen. Medicinalpersonal ingår inte i civiltjänstens organisation.

Administrativ och teknisk personal samt personal inom försörjningssektorn inom den civila hälso- och sjukvården rekryteras från en mångfald utbildningsgångar där utbildning i försvars- och katastrofmedicin inte ingår.

Den i fred icke yrkesverksamma medicinalpersonal som i kraft av tjänsteplikt för medicinalpersonal skall tjänstgöra i krig torde endast i begränsad omfattning erhålla tillämpningsutbildning.

Som tidigare nämnts är det – inom de olika formerna för yrkesutbildning inom hälso- och sjukvård – möjligt att beakta försvars- och katastrofmedicinska aspekter redan i samband med grundutbildningen. Ansvar för detta faller på vederbörande högskole- och skolmyndigheter. Sådan utbildning bedrivs vanligtvis genom att de studerande får följa kortare kurser i försvars- och katastrofmedicin (motsv.). Ett alternativ till detta skulle vara att försvars- och katastrofmedicinska aspekter beaktades i samband med tillämpliga undervisningsmoment i de skilda ämnena i stället för att bedrivas i form av särskilda kurser.

Försvars- och katastrofmedicinska aspekter bör även kunna behandlas i den särskilda vidareutbildningen för läkare och sjuksköterskor. Ansvar för detta ligger på vederbörande vidareutbildningsorganisation, dvs. nämndens för läkares vidareutbildning (NLV) respektive universitets- och högskoleämbetet och högskoleregionstyrelserna.

Flertalet anställda inom sjukvården har under sin yrkesutbildning inte fått någon särskild utbildning alls om de särskilda svårigheter sjukvården utsätts för vid katastrof eller krig. För dessa grupper är det angeläget att utbildning i dessa avseenden samordnas med närliggande utbildningsverksamhet för fred liksom med annan landstingskommunal beredskapsverksamhet. Vid "ordinarie" fredsutbildning bör förhållandena vid katastrofer och under krig kunna belysas som moment i olika undervisningsavsnitt. Utbildningen får härigenom en naturlig anknytning till fredssjukvården och kan inriktas på de speciella förhållandena, som råder på det lokala planet. Ökade insatser från sjukvårdshuvudmännens sida är därvid att förordas. Ett landstingskommunalt ansvarstagande för utbildning avseende sjukvården i krig torde dock vara möjligt endast om statsbidrag utgår för sådan verksamhet. Vissa utbildningsinsatser bör kunna ingå som en naturlig del av beredskapsplanläggningen, för vilken statsbidrag föreslås utgå i särskild ordning (kapitel 7).

Det är vidare nödvändigt att övningsverksamheten intensifieras, inte minst vad gäller landstingens lednings- och förvaltningsorganisation. Vi vill understryka angelägenheten av att ledningsövningar för krigsorganiserade landstingskommuner kommer till stånd. Underlag här för utarbetas nu inom riksnämnden för kommunal beredskap. Det är också önskvärt att samarbetet fördjupas mellan de myndigheter och organisationer som bedriver utbildning och information på beredskapsområdet.

Förtroendemän och tjänstemän ges redan nu tillfälle att medverka och delta i den totalförvarsutbildning som ges i olika former. Ett ökat landstingskommunalt ansvar för sjukvården i krig medför dock ett ännu större behov av utbildningsinsatser för bl. a. landstingens lednings- och förvaltningspersonal. Härigenom bör sjukvården även kunna få större tyngd i den övningsverksamhet som bedrivs på lägre och högre regional nivå samt i den utbildning som bedrivs vid t. ex. försvarshögskolan.

1977 års försvarsbeslut innebär en ökad satsning på utbildning för den civila hälso- och sjukvårdens behov i krig. En del av socialstyrelsens anslag till krigssjukvårdsutbildning bör enligt vår mening kunna användas för försöksverksamhet med regionalt och lokalt förankrad utbildning med den inriktning som angivits ovan. Särskild uppmärksamhet bör härvid ägnas åt utbildning av nya målgrupper, dvs. sådan personal som normalt inte får någon särskild beredskapsutbildning. För många yrkeskategorier torde utbildningsinsatserna kunna inskränka sig till information om totalförsvaret och sjukvården i krig (broschyrer, ITV-program osv.). Program och kostnadsansvaret förutsätts härvid oförändrat åvila staten. Produktionsansvaret bör dock så långt möjligt är decentraliseras till vederbörande lokala och regionala myndigheter eller enheter.

Utbildningen inom försvarsmakten skall enligt den av ÖB nyligen fastställda grundsynen på sjukvård i krig begränsas till det som är specifikt för försvarsmakten. Detta innebär att den militära utbildningen kommer att koncentreras till miljöutbildning samt sådan krigskirurgisk och/eller annan kvalificerad utbildning som inte meddelas i civil regi. I den översyn av försvarsmaktens utbildningsverksamhet och -organisation som nu pågår har uppmärksamhet kommit att riktats mot gemensamma utbildningsanstalter (medicinalfackskolan samt marinens sjukvårdsskola), där mer kvalificerad utbildning för främst medicinalpersonal bedrivs.

I en inom försvarsdepartementet i november 1974 upprättad promemoria Förslag till bestämmelser för utbildning av värnpliktig medicinalpersonal m. m. (Ds Fö 1974:6) konstaterades bl. a. att "vissa bestämda fördelar skulle kunna vinnas om vissa kortare kurser för personal inom den civila krigssjukvården kunde förläggas i anslutning till en för försvarsväsendet gemensam sjukvårdsskola". I promemorian förordades att en arbetsgrupp tillkallades för utredning av verksamhet, organisation och lokalisering av en sådan för militär och viss civil krigssjukvård gemensam sjukvårdsskola. Någon sådan arbetsgrupp har dock inte tillkallats. Däremot har ÖB i sin programplan 1979-84 föreslagit att den försvarsmaktsgemensamma medicinalfackskolan förläggas till Göteborg.

Enligt vår mening är det väsentligt att totalförsvarets sjukvårdspersonal har en gemensam kunskapsbas dels om sjukvårdens i krig innehåll, dels om de skilda sjukvårdsorganisationernas funktion och ledning. Med ett sådant synsätt är det naturligt att eftersträva att den nuvarande på flera huvudmän splittrade utbildningsverksamheten ersätts av en för totalförsvaret så långt möjligt gemensam utbildningsorganisation. Det ligger emellertid inte inom ramen för våra direktiv att närmare behandla dessa frågor. En parlamentarisk översyn av utbildningen för totalförsvarets hälso- och sjukvård i krig är dock angelägen. Vi har därför genom skrivelse den 14 november 1978 (bilaga 4) hemställt om regeringens uppdrag att ta upp även dessa frågor. I avvaktan på

att ställning tas till vår hemställan bör beslut om en för försvarsmakten gemensam utbildningsanstalt inte fattas.

Utbildningsplikt i fred

Krigssjukvårdslagen innehöll ursprungligen inte några bestämmelser om utbildningsplikt i fred. Föredragande statsrådet framhöll i prop. 1953:222, som bifölls av riksdagen, att den angelägna fredsutbildningen borde vara frivillig. Bl. a. hänvisades till att Sveriges läkarförbund i sitt remissutlåtande anmält en klart positiv inställning till frivillig utbildning på området.

Utredningen rörande utbildning av värnpliktiga läkare m. m. framhöll i sitt betänkande Läkaren i totalförsvaret (SOU 1961:63) att den av riksdagen förutsatta frivilliga utbildningen inte givit avsett resultat. Utredningen fäste sådan vikt vid den civila krigssjukvårdsutbildningen att utredningen bestämt hävdade att utbildningen för läkare skulle vara obligatorisk. I enlighet med utredningens förslag infördes genom riksdagens bifall till prop. 1963:106 (andra lagutskottet 52, rskr 275) skyldighet för läkare att under högst 60 dagar delta i utbildning och övning för tjänst som läkare kan åläggas med stöd av tjänsteplikt för medicinalpersonal.

Enligt vad som inhämtats från socialstyrelsen har krigssjukvårdslagens bestämmelse om utbildningsplikt utnyttjats genom att vederbörande läkare informerats om att utbildningen är obligatorisk. Vad gäller andra personalgrupper, som alltså inte omfattas av utbildningsplikt, har det inte varit några svårigheter att rekrytera deltagare till socialstyrelsens kurser.

Med beaktande av vad som anförts i en inom social- och försvarsdepartementen upprättad PM, som fogats som bilaga till våra direktiv (bilaga 1, underbilaga) har vi inte ansett oss närmare böra pröva omfattningen av gällande utbildningsplikt. De allmänna förslag vi redovisat ovan är alla sådana som kan genomföras utan att någon ändring av utbildningsplikten kommer till stånd. Vi kommer därför i kapitel 9 att lämna förslag till fortsatt författningsmässig reglering av utbildningsplikt i fred för enbart läkare. En översyn av utbildningsplikten synes dock motiverad, varvid utgångspunkten bör vara att all personal inom hälso- och sjukvården skall omfattas av utbildningsplikt. En sådan åtgärd skulle bidra till att ytterligare stärka sjukvårdens funktionsförmåga vid fredskatastrofer och i krig. Konsekvenserna av en sådan utvidgning är dock svåröverskådliga och behöver prövas ingående; inte minst vad gäller kostnaderna. Vi förordar att denna fråga prövas vid en fortsatt parlamentarisk översyn av totalförsvarets utbildning för hälso- och sjukvård i krig.

6.3 Personalförsörjning

6.3.1 *Nuläge*

Genom planläggning i fred skall sjukvårdens personalförsörjning i krig avvägas mellan den civila hälso- och sjukvårdens, civilförsvarets och försvarsmaktens behov.

Grunden för denna planläggning är de bestämmelser om tjänsteplikt i krig,

som återfinns i värnpliktslagen, civilförsvarslagen, krigssjukvårdslagen och allmänna tjänstepliktslagen.

Den som äger yrkeserfarenhet beträffande hälso- och sjukvård eller veterinärverksamhet omfattas upp till 70 års ålder av krigssjukvårdslagens bestämmelser om *tjänsteplikt för medicinalpersonal*.

I krigssjukvårdskungörelsen förtecknas vilka yrkesgrupper som hänförs till medicinalpersonal.¹ Sådan personal inom hälso- och sjukvården som inte hänförs till medicinalpersonal och som inte uttas för tjänstgöring med stöd av värnpliktslag eller civilförsvarslag – t. ex. förvaltnings-, ekonomi- och teknisk personal – hänförs till allmänna tjänstepliktslagens tillämpningsområde.

Det övergripande ansvaret för den civila hälso- och sjukvårdens personalförsörjning – innefattande bl. a. utfärdande av anvisningar för planläggning – är fördelat på socialstyrelsen i vad avser medicinalpersonal och arbetsmarknadsverket för övrig personal. Landstingskommunerna svarar för detaljplanläggningen av åtgärder som måste vidtas för att säkerställa behovet av personal för sjukvårdens krigsorganisation och dess fortsatta drift i krig.

Socialstyrelsen och försvarets sjukvårdsstyrelse skall i samråd, efter avvägning av behovet av medicinalpersonal inom den civila hälso- och sjukvården, försvarsmakten och civilförsvaret, besluta i vilken omfattning organisationerna sinsemellan skall disponera medicinalpersonalen.

Krigsplaceringen styrs dels av vederbörandes bostadsort, fredsbeftattning och utbildning, dels av de behov den civila hälso- och sjukvården har. Allmänt gäller att läkare inom den slutna vården får en individuell krigsplacering i viss beftattning, vilket också gäller för vissa tandläkare och sjuksköterskor som har en speciell utbildning eller beftattning samt hälso- och sjukvårdsinspektörer. Läkare inom den öppna vården, huvuddelen av tandläkarna och sjuksköterskorna samt övrig medicinalpersonal krigsplaceras schablonmässigt, vanligtvis genom att de skall vara kvar på sin fredsarbetsplats. För icke förvärvsarbetande personal anges i krigsplaceringsordern att inställelse skall ske på närmaste sjukhus respektive öppenvårdsinrättning, beroende på vederbörandes tidigare tjänstgöringsområde.

Förvaltnings-, ekonomi- och teknisk personal m. fl. omfattas, som framgått ovan, inte av krigssjukvårdslagens bestämmelser om tjänsteplikt för medicinalpersonal. För dessa yrkesgrupper kan dock statsmakterna i enlighet med bestämmelser i allmänna tjänstepliktslagen införa skyldighet att i krig kvarstå i innehavd fredsbeftattning. Krigsorganisationens behov av sådan personal säkerställs i viss utsträckning genom beredskapsregistrering och avtalsteckning. Beredskapsregistrering sker genom att landstingskommunen hos länsarbetsnämnden anholder om att vederbörande beredskapsregistreras för att fullgöra uppgifter inom sjukvården. Avtal om tjänstgöring i krig tecknas med sådan personal som slutar sin anställning eller som har annan arbetsgivare än sjukvårdshuvudmannen men har en viktig uppgift vid den civila sjukvårdens krigsorganisation.

Genom den ökande tillgången på personal inom hälso- och sjukvården har ansvaret för personalplanering i allt större utsträckning kunnat föras över till landstingskommunerna, bl. a. genom ett schabloniserat krigsplaceringsförfarande. Denna utveckling bedöms fortgå och innebär att insatserna på central nivå kan koncentreras på sådana yrkesgrupper – huvudsakligen vissa läkare och sjuksköterskor – som det råder stor knapphet på och som därför måste

¹ Till *medicinalpersonal* hänförs enligt krigssjukvårdskungörelsens 43 § bl. a. läkare, tandläkare, veterinärer, apotekare, sjuksköterskor, undersköterskor och sjukvårdsbiträden.

fördelas på de olika grenarna av totalförsvarets hälso- och sjukvård eller mellan olika delar av landet.

6.3.2 *Överväganden och förslag*

En viktig förutsättning för att sjukvården skall kunna fylla sin viktiga funktion i krig är en redan i fred väl genomförd personalplanering. Grunderna härför är främst krigssjukvårdslagens bestämmelser om tjänsteplikt för medicinalpersonal samt den allmänna tjänsteplikt som envar kan åläggas med stöd av allmänna tjänstepliktslagen.

Denna uppdelning av sjukvårdens personal i kategorierna medicinalpersonal och övrig personal ter sig inte längre ändamålsenlig och torde inte heller underlätta den civila hälso- och sjukvårdens personalförsörjning i krig. Betydande praktiska problem kan t. ex. förutses om det uppstår behov av att förflytta personal inom eller mellan sjukvårdsområden.

Beslut om omfördelning av medicinalpersonal kan enligt nuvarande bestämmelser fattas av länsstyrelse (inom län), civilbefälhavare (inom civilområde) eller socialstyrelsen, medan motsvarande beslut för annan personal kan fattas av länsarbetsnämnd eller arbetsmarknadsstyrelsen.

Införandet av enhetlig tjänsteplikt för all personal inom hälso- och sjukvården är enligt vår mening en angelägen åtgärd för att säkerställa sjukvårdens funktionsförmåga i krig.

Medicinalansvarskommittén har i sitt huvudbetänkande Hälso- och sjukvårdspersonalen (SOU 1978:26) framlagt förslag till lag om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal m. m. Lagförslaget innebär bl. a. att den särskilda samhällstillsynen av medicinalpersonalen vidgas till att omfatta i princip all personal inom den hälso- och sjukvård, för vars kvalitet samhället påtagit sig ett ansvar. Som en följd härav föreslår medicinalansvarskommittén att medicinalpersonalbegreppet ersätts med "hälso- och sjukvårdspersonal".

Medicinalansvarskommitténs förslag bör enligt vår mening i huvudsak kunna ligga till grund för enhetliga bestämmelser om tjänsteplikt i krig för personal inom hälso- och sjukvården. All i fred yrkesverksam personal, som omfattas av den av medicinalansvarskommittén föreslagna samhällstillsynen, bör i princip vid behov kunna åläggas tjänsteplikt i krig inom hälso- och sjukvården. Tjänsteplikt måste också kunna åläggas vissa grupper som inte omfattas av samhällstillsynen, t. ex. tidigare inom hälso- och sjukvården yrkesverksam personal samt personal i landstingens lednings- och förvaltningsorganisation (förtroendevalda och tjänstemän). Tjänsteplikten bör vidare omfatta viss personal inom hälsoskyddet (hälsovårdsinspektörer) samt veterinärpersonal. Den författningsmässiga regleringen av tjänsteplikten behandlas i kapitel 9 och 10.

Den nödvändiga fördelningen av personal mellan försvarsmakten, den civila hälso- och sjukvården och civilförsvaret bör, som redan nu är fallet, ske genom ett löpande samarbete mellan socialstyrelsen och försvarets sjukvårdsstyrelse och med erforderligt samråd med berörda sjukvårdshuvudmän. Betydelsen av en mellan de tre organisationerna balanserad och väl avvägd personalfördelning måste understrykas.

Härutöver skall framhållas vikten av att totalförsvarets hälso- och sjukvård

i krig får disponera personal som i fred har särskild sjukvårdsutbildning samt personal som är eller har varit yrkesverksam inom hälso- och sjukvården i en sådan omfattning att de erfarenheter och kunskaper som härigenom förvärvats kan tas till vara i en krigssituation. Sådan personal bör självfallet om möjligt inte ianspråkats inom andra totalförsvarsfunktioner.

I kapitel 4 har vi konstaterat att den personal som äger erfarenhet av sjuktransporter i fred i stor utsträckning är krigsplacerad för andra uppgifter i krig. Denna personal, liksom förtroendevalda och tjänstemän inom landstingens lednings- och förvaltningsorganisation hör till de grupper som i större utsträckning än f. n. måste krigsplaceras på sina fredsbefattningar. Införandet av tjänsteplikt för all personal inom hälso- och sjukvården torde avsevärt förbättra möjligheterna härtill.

Vi har i avsnitt 6.1 konstaterat att landstingskommunerna som en följd av den ökande personaltillgången har påtagit sig en allt större del av ansvaret för den civila hälso- och sjukvårdens personalplanering. Landstingskommunernas ökande kostnader härför har endast i viss utsträckning ersatts med det statsbidrag som utgår till den landstingskommunala beredskapsplanläggningen. Vi anser att kostnaderna för personalplaneringen skall omfattas av statens bidrag till landstingskommunerna och återkommer till denna fråga i kapitel 7.

6.4 Materiel- och försörjningsberedskap

Hälso- och sjukvårdens fredsresurser utgör grunden för den för krigssamhällets behov planlagda organisationen av totalförsvarets hälso- och sjukvård. För att säkerställa hälso- och sjukvårdens funktionsförmåga under krig erfordras emellertid vissa kompletteringar av de materiella fredstida resurserna. För den civila hälso- och sjukvårdens vidkommande är det enligt nuvarande planläggning främst fråga om att möjliggöra en betydande ökning av antalet vårdplatser för slutna akutsjukvård samt en utökning av behandlingsutrustningen. För försvarsmakten respektive civilförsvaret syftar materiel- och försörjningsberedskapen till att möjliggöra upprättande av en verksamhet som i huvudsak saknar motsvarighet i fred. För dessa båda organisationer finns således inte någon i fred etablerad verksamhet att bygga på.

Beredskapen för läkemedel och sjukvårdsmateriel för den civila hälso- och sjukvårdens behov under avspärrning och i krig är organiserad enligt följande. Socialstyrelsen har *programansvar* för försörjningen med läkemedel, sjukvårdsmateriel, vätska, sera och vacciner. Överstyrelsen för ekonomiskt försvar (ÖEF) har bl. a. *produktionsansvar* för planläggning av produktion och beredskapslagring av läkemedel och sjukvårdsmateriel. För sera och vacciner har statens bakteriologiska laboratorium motsvarande produktionsansvar.

Socialstyrelsen planlägger utnyttjandet av landets tillgångar i fråga om såväl läkemedel som sjukvårdsmateriel. Styrelsen biträder ÖEF i handläggningen av försörjnings- och beredskapsfrågor på hälso- och sjukvårdens område.

För den civila hälso- och sjukvårdens behov beredskapslagrar socialstyrelsen s. k. varaktig sjukvårdsutrustning, exempelvis vårdplatsutrustning,

instrument, röntgen- och laboratorieutrustning samt i mycket begränsad omfattning även förbrukningsmateriel såsom textilier och förbandsartiklar. Beredskapslagringen avses främst komplettera de enheter i beredskapssjukhusen, som inte är fredssjukhus. Huvuddelen av lagrad materiel har anskaffats under 1950- och 60-talen.

I fråga om läkemedel har ÖEF lagerhållning främst i form av råvaror och läkemedelssubstanter. ÖEF ansvarar för statens räkning för köp, försäljning, lagring och omsättning av läkemedel (bruksfärdiga läkemedel, läkemedels-substanter, halvfabrikat eller obearbetade råvaror).

I samråd med socialstyrelsen lagerhåller ÖEF vissa partier förbrukningsmateriel av typen fotomateriel för röntgendiagnostik, speciella glasartiklar för laboratorieverksamhet och suturmateriel för kirurgisk verksamhet, gasväv, gips, operationshandskar och febertermometrar.

ÖEF har vidare i samverkan med socialstyrelsen och försvarets sjukvårdsstyrelse kommit överens med läkemedelsindustrin och företag inom sjukvårdsmaterielbranschen om produktion under avspärrning och krig av vissa oundgängligen nödvändiga artiklar.

De statligt finansierade och i fred införskaffade tillskottsresurserna avsedda för beredskapssjukhusens behov infogas i den landstingskommunala vårdorganisationen i händelse av krig.

Inom *försvarsmakten* är försvarets sjukvårdsstyrelse fackmyndighet för hälso- och sjukvård och underhåll av sjukvårdsmateriel och läkemedel samt produktionsmyndighet beträffande bl. a. anskaffning av sjukvårdsmateriel och läkemedel. Sjukvårdsstyrelsen anskaffar, tillhandahåller och redovisar den sjukvårdsmateriel som försvarsmakten behöver. För att trygga sjukvårdsmaterielförsörjningen i krig anskaffas s. k. ersättningsmateriel som huvudsakligen lagras i fem regionala sjukvårdsförråd. För driften av dessa svarar respektive militärbefälhavare.

Fackansvaret innebär bl. a. att sjukvårdsstyrelsen skall tillse att den sjukvårdsmateriel som anskaffas brukas, underhålls och omsätts på ett riktigt sätt.

Apoteksbolaget AB svarar enligt avtal med staten för inköp, förrådshållning, omsättning och annan erforderlig lagerhantering av vissa färdiga beredskapsläkemedel. Försvarsmaktens beredskapsläkemedel förrådshålls vid läkemedelscentraler och de regionala sjukvårdsförråden. Från läkemedelscentralerna har läkemedlen i stor utsträckning lagts ut på lokala mobiliseringsförråd enligt de militära myndigheternas önskemål. Även i lokala mobiliseringsförråd utlagda läkemedel förvaltas av Apoteksbolaget.

Det åligger civilförsvarsstyrelsen att anskaffa läkemedel och sjukvårdsmateriel för *civilförsvarets* behov samt att laga och ha tillsyn över dessa. Styrelsen har träffat överenskommelse om ett långtgående samarbete med Apoteksbolaget AB när det gäller inköp, förrådshållning och omsättning av vissa bruksfärdiga läkemedel. Civilförsvarsstyrelsen har vidare träffat avtal om lagring och omsättning av infusionsaggregat och blodersättningsmedel med enskilda sjukvårdshuvudmän respektive med läkemedelsföretag.

Hälso- och sjukvårdens materiel- och försörjningsberedskap har behandlats av ett flertal utredningar under 1960- och 70-talen. Såväl försörjningsberedskapsutredningen och 1974 års försvarsutredning som tidigare utredningar ansåg att landstingskommunerna i ökad utsträckning borde medverka

vid beredskapslagring för hälso- och sjukvårdens behov.

Vi har genom skrivelse den 5 juli 1978 föreslagit regeringen att förhandlingar upptas om kommunal och landstingskommunal medverkan i försörjningsberedskapen för hälso- och sjukvården.

För en redovisning av hur materiel- och försörjningsberedskapen är anordnad samt våra förslag i dessa avseenden hänvisas till ovannämnda skrivelse (bilaga 5).

7 Kostnader och finansiering

7.1 Nuläge

Programmet Sjukvård (femte huvudtiteln; socialdepartementet) omfattar statens kostnader för planläggning, utbildning m. fl. förberedande åtgärder i fred för verksamheten inom den civila hälso- och sjukvården i krig. Programmets totala anslag 1978/79 uppgår till 58,2 milj. kr. Den absolut största delen av anslaget fördelar sig på investeringar för beredskapslager av läkemedel m. m. (27 milj. kr.) och ny- och återanskaffning av utrustning m. m. för beredskapssjukhus m. m. (7,6 milj. kr.). Kostnaderna för förvaring, drift och underhåll av beredskapslager och -utrustning uppgår totalt till drygt 16 milj. kr. Återstående drygt 7,4 milj. kr. fördelar sig på utbildning av personal som tjänstgör inom den civila hälso- och sjukvårdens krigsorganisation (4,5 milj. kr.) samt ersättningar till sjukvårdshuvudmännen för dels beredskapsplanläggning (2,7 milj. kr.), dels ändringsarbeten inom byggnader (0,3 milj. kr.).

Utöver delanslagen inom programmet Sjukvård tillkommer vissa centrala administrationskostnader. Personalkostnaderna för verksamheten vid socialstyrelsens två beredskapsbyråer uppgår budgetåret 1978/79 till drygt 5,1 milj. kr. Vid ÖEF uppgår kostnaderna som bestrids av ÖEF:s anslag (handelsdepartementet) för utrednings- och planläggningsverksamhet till 225 000 kr. Härtill kommer kostnaderna för investering i lagerbyggnader för läkemedels- och sjukvårdsmateriel, vilka varierar från år till år. Kostnaderna för den försvarsmedicinska verksamheten vid statens bakteriologiska laboratorium (SBL) uppgår till drygt 2,7 milj. kr.

Inom försvarsmakten respektive civilförsvaret särredovisas inte kostnaderna för hälso- och sjukvården i krig. Det är således inte möjligt att ange de totala kostnaderna för totalförsvarets hälso- och sjukvård.

Om finansieringen av den civila hälso- och sjukvården i krig stadgas i krigssjukvårdslagen (7 §). Kostnaderna för övergång till krigsorganisation bestrids av statsmedel. Detta gäller också för den fortsatta verksamheten i krig, varvid dock fredshuvudmännen skall bidra till kostnaderna enligt grunder som bestäms i särskild ordning. För annan landstingskommunal verksamhet än hälso- och sjukvården finns bestämmelser om finansieringen i lagen om kommunal beredskap. Statsbidrag skall utgå för kostnader som under beredskapstillstånd uppkommer till följd av verksamhet för inkvarterad befolkning från annan kommun eller landstingskommun, liksom för kostnader som föranleds av påbjuden utrymning eller annan omflyttning av

befolkningen inom den egna kommunen eller landstingskommunen. Kostnaderna för verksamheten i övrigt förutsätts finansierad på sedvanligt sätt (kommunal- och landstingsskatt, avgifter m. m.).

7.2 Överväganden och förslag

Försvarsministern framhåller i proposition 1976/77:74 (bilaga 1) att sjukvården i krig och under avspärrning måste ägnas särskild uppmärksamhet (sid. 53). Statsrådet delar försvarsutredningens mening att sjukvårdsresurserna är helt otillräckliga under avspärrning och krig eller att de inte kan utnyttjas rationellt och "anser att det är angeläget att bristerna undanröjs" (sid. 339). Genom sitt bifall till de allmänna riktlinjerna för den fortsatta utvecklingen av övrigt totalförsvar anslöt sig riksdagen vid 1976/77 års riksmöte till försvarsministerns bedömningar i bl. a. dessa avseenden. Det antagna målet för sjukvårdsberedskapens fortsatta utveckling (bilaga 3, sid. 8 ff) innebar också en höjd medelstilldelning för bl. a. materielberedskap, läkemedelsförsörjning och utbildning.

Regeringen har den 24 april 1978 meddelat tilläggsdirektiv till samtliga kommittéer och särskilda utredare angående finansiering av reformer. Regeringen framhåller att det i rådande statsfinansiella situation inte finns något nämnvärt utrymme för genomförande av kostnadskrävande kommittéförslag under de närmaste åren och anger att "kommittéerna bör därför noga överväga hur de eventuella kostnadskrävande förslagen skall kunna finansieras genom omprövning av pågående verksamhet och omfördelning av befintliga resurser inom det område kommitténs förslag avser".

Vi har för vår del förutsatt att riksdagens beslut om en förstärkning av sjukvårdsberedskapen kommer att genomföras. Härvid måste framhållas att den i försvarsbeslutet avsedda satsningen ännu inte helt slagit igenom på kostnadssidan, främst på grund av att ställning inte tagits till omfattningen av beredskapslagringen av förbrukningsmateriel. Något utrymme för att genom omprövning och omprioritering av pågående verksamhet (inom det område som omfattas av vårt utredningsuppdrag) finansiera de reformer vi förordar finns således inte om 1977 års försvarsbeslut skall fullföljas. Med hänvisning till de allvarliga bristerna inom totalförsvarets hälso- och sjukvård som konstaterats genom andra utredningar och studier (som vi bedömer vara väl underbyggda) anser vi oss inte kunna förorda en mot riksdagens beslut stridande lösning.

Därest den statsfinansiella situationen inte skulle medge en ökad medelstilldelning bör en viss omfördelning av totalförsvarsanslagen ske. Härvid måste beaktas hälso- och sjukvårdens stora betydelse för medborgarnas motståndsvilja och samhällets funktionsförmåga i krig.

I avsnitt 3.3 har föreslagits att försvarsmaktens krigssjukhus överförs till den civila hälso- och sjukvården. Detta överförande förutsätts ske först sedan en nu pågående upprustning av de 13 krigssjukhusen genomförts, varför dessa investeringskostnader m. m. helt faller på försvarsmakten. Försvarsmaktens kostnader för vidmakthållande av krigssjukhusens beredskap (planläggning, underhåll av materiel m. m.) bör efter överförandet komma programmet Sjukvård till godo och fördelas på berörda sjukvårdshuvudmän

samt socialstyrelsen. Omfattningen härav förutsätts fastställas av statsmakterna efter förhandlingar mellan staten och Norrbottens läns landsting, Västerbottens läns landsting samt Gotlands kommun.

De ekonomiska konsekvenserna av ett kommunanknutet civilförsvar studeras f. n. av civilförsvarsstyrelsen och kommer senare att behandlas av 1978 års försvarskommitté. Några ekonomiska överväganden har därför inte kunnat ligga till grund för vårt principiella ställningstagande i detta avseende (avsnitt 3.3).

Åtgärder bör vidtas, så att länsalarmeringscentralerna kan utnyttjas för den direkta sjuktransportdirigeringen i krig (kapitel 4). Detta förutsätter dock att sjuktransporterna kan ledas och dirigeras med radiokommunikationer. Resurserna härför är emellertid helt otillräckliga inom totalförsvaret. Dessa två frågor utreds f. n. inom civilförsvarsstyrelsen respektive televerket. Det har därför inte funnits anledning att i detta sammanhang behandla kostnaderna för och finansieringen av sådana åtgärder.

Vi har, som framgått av kapitel 4, föreslagit ett engångsanslag om högst 3 milj. kr. för försök med sjuktransporter med helikopter.

I kapitel 5 har föreslagits att landstingskommunerna får ett större och med fredsförhållandena överensstämmande ansvar för sjukvården i krig. Det ter sig mot den bakgrunden angeläget att landstingens medverkan i och ansvar för inte bara planläggning utan också utbildning, övning, personalplanering och materielberedskap ökar. En förutsättning för att så skall kunna ske torde dock vara att kostnadsansvaret härför – liksom hittills – åvilar staten. Detta överensstämmer med den överenskommelse som den 30 juni 1978 ingicks mellan staten och landstings- och kommunförbunden. Parterna var överens om att största återhållsamhet måste iakttas med statliga beslut som ställer anspråk på utökade kommunala insatser.

Vid planläggning av annan landstingskommunal verksamhet än hälso- och sjukvård utgår statsbidrag enligt lagen om kommunal beredskap med 90 % eller den större del av planläggningskostnaden, som regeringen medger, allt i den mån kostnaden anses skälig.

För landstingskommunal planläggning av hälso- och sjukvården finns inte några bestämmelser i krigssjukvårdslagen om statsbidrag. Regeringen anvisar dock årligen medel för ersättning till sjukvårdshuvudmännen för denna planläggning. Kalenderåret 1978 (med betalningsutfall våren 1979) beräknas statsbidraget härför uppgå till ca 2,8 milj. kr. Ersättningen avses enligt andra lagutskottets utlåtande (1953:37) endast utgå vid större kostnader, t. ex. till följd av omplaneringar. Enligt socialstyrelsens bestämmelser av den 23 december 1970 omfattar statsbidragen enbart "planläggning avseende den slutna vården," (varmed avses den slutna akutsjukvården) "inberäknat planläggning av den bakteriologiska och virologiska laboratorieorganisationen". Ersättningen skall således i princip inte täcka kostnaderna för planläggningen av t. ex. den öppna vården.

Ersättning utgår inte för den del av planläggningsarbetet som anses kunna utföras utan nyanställning eller av den egna personalen utan särskild kompensation åt denna.

I avsnitt 6.1.2 har förordats att landstingskommunerna åläggs ett enhetligt ansvar för att i fred planlägga all landstingskommunal verksamhet i krig. Vi vill härvid erinra om att föredraganden i proposition 1976/77:74 (bilaga 8)

139 angivit att hälso- och sjukvården bör ingå som en integrerad del av den
140 landstingskommunala beredskapsplanläggningen, för vilken bestämmelser
141 återfinns i lagen om kommunal beredskap.

142 Den landstingskommunala sjukvårdsberedskapsplanläggningen bör ingå i
143 den fredstida sjukvårdsplaneringen. I ett sådant planläggningssystem är det
144 emellertid inte möjligt att skilja på nyplanläggning och revisioner, en
145 indelning på vilket nu gällande bidragssystem bygger. Ersättningsbestäm-
146 melserna i lagen om kommunal beredskap bör därför ändras så att statsbidrag
147 kan utgå för en planläggning som bedrivs på här angivet sätt.

148 Den principiella utgångspunkten för statsbidragsgivningen bör vara, att
149 sjukvårdshuvudmännen skall kompenseras för de merkostnader som plan-
150 läggning och andra förberedande åtgärder förorsakar. Eftersom planlägg-
151 ningen i enlighet med ansvarsprincipen bör bedrivas av den som har ansvaret
152 för motsvarande verksamhet i fred, kan statsbidraget inte kopplas till viss
153 befattning eller befattningshavare med uppgift att särskilt svara för bered-
154 skapsplanläggningen. Statsbidraget bör täcka kostnaderna för planlägg-
155 ningen, viss utbildning och information samt personalplanering. Statsbi-
156 draget skall däremot i princip inte täcka landstingets kostnader för den
157 fredstida medicinska katastrofberedskapen. Det är dock givetvis mycket
158 svårt att dra en klar gräns mellan beredskapsplanläggning å den ena sidan och
159 fredstida katastrofplanläggning å den andra.

160 Vid utformandet av lämpligt statsbidragssystem är det angeläget att
161 undvika byråkrati och onödiga administrativa kostnader. Det måste beaktas
162 att det i detta fall är fråga om för såväl stat som sjukvårdshuvudmän relativt
163 ringa belopp.

164 Vi föreslår att statsbidrag skall utgå med ett av riksdagen fastställt belopp,
165 som justeras årligen med hänsyn till pris- och löneutvecklingen. Vid
166 anslagstilldelningen är att märka att det av oss förordade landstingskommunala
167 planläggningsansvaret också förutsätter en avsevärt höjd ambitionsnivå
168 för beredskapsplanläggningen. Gällande ersättningsbestämmelser för plan-
169 läggningen av sjukvården omfattar endast en del av den slutna vården samt
170 vissa andra funktioner. Statsbidraget skall däremot enligt vårt förslag täcka
171 kostnaderna för all beredskapsplanläggning av hälso- och sjukvården (liksom
172 av övrig landstingskommunal verksamhet) och personalplanering härför
173 samt viss utbildning och information. För ändringsarbeten inom byggnader
174 etc. bör statsbidrag, liksom hittills, utgå i särskild ordning.

175 Statsbidragskonstruktionen, bidragets storlek samt dess fördelning mellan
176 sjukvårdshuvudmännen bör enligt vår mening fastställas efter förhandlingar
177 mellan staten och företrädare för sjukvårdshuvudmännen.

8 Vissa andra utredningar

8.1 Hälso- och sjukvårdsutredningen (HSU)

Regeringen tillkallade i december 1975 en utredning med uppgift att utarbeta förslag till helt ny lagstiftning för hälso- och sjukvården. Utredningen har antagit namnet Hälso- och sjukvårdsutredningen (HSU).

I HSU:s direktiv framhålls att lagstiftningsarbetet skall förankras i en övergripande målsättning för hälso- och sjukvårdspolitiken. Som grundval för sitt arbete bör utredningen föra en målsättningsdiskussion med utgångspunkt i att alla som bor i landet skall ha rätt till hälso- och sjukvård på lika villkor. Målsättningen bör präglas av en social helhetssyn på hälso- och sjukvården och även innefatta förebyggande åtgärder. Behovet av samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialvården skall beaktas.

Den nya lagstiftningen bör enligt direktiven omfatta hälso- och sjukvården i dess helhet och ges formen av en ramlagstiftning. Sådan detaljreglering som inte längre behövs i lagstiftningen bör undanröjas.

I våra direktiv heter det att den i fred gällande sjukvårdslagstiftningen bör utgöra grunden för de bestämmelser som skall gälla i krig. Eftersom arbetet inom HSU ännu inte är avslutat och beräknas pågå under hela år 1978 har vi inte kunnat bedöma konsekvenserna för hälso- och sjukvården i krig av HSU:s arbete. Några principiella hinder för att en ny hälso- och sjukvårdslag, med den inriktning som anges i HSU:s direktiv, skulle kunna gälla också i krig kan vi dock inte se. I kapitel 9 kommer vi att föreslå att landstingskommunernas ansvar för den egna verksamheten i krig samt planläggning härför i fred regleras i lagen om kommunal beredskap. Härigenom uppstår inte någon författningsmässig komplikation i dessa avseenden när en ny hälso- och sjukvårdslag införs.

8.2 Regionsjukvårdsutredningen

Regeringen tillkallade i juni 1974 en utredning för att utreda regionsjukvårdens organisation m. m. (regionsjukvårdsutredningen).

Regionsjukvårdsutredningen framlägger sitt betänkande under hösten 1978 och väntas bl. a. föreslå en förändring av regionindelningen samt att regionsjukvårdsnämndernas ställning stärks i en rad avseenden.

Därest den förutsatta utvecklingen och breddningen av det fredstida regionsamarbetet kommer till stånd kan det i ett längre tidsperspektiv finnas

anledning att ånyo pröva frågan om ledningen av den civila hälso- och sjukvården i krig på högre regional nivå (se kapitel 5).

Regionsjukvårdsutredningen har vidare, i samråd med oss, konstaterat att sjukvårdens beredskapsfrågor måste uppmärksammas av regionsjukvårdsnämnderna och att ett samarbete därvid bör etableras med vederbörande civil- och militärbefälhavare.

8.3 1978 års försvarskommitté

Regeringen tillkallade i mars 1978 en kommitté angående säkerhetspolitikens inriktning och totalförsvarets fortsatta utveckling m. m. efter år 1982.

Försvarskommittén har bl. a. till uppgift att pröva vilken utbildning i fredstid som med stöd av plikttag bör läggas på medborgarna för att de skall kunna fullgöra sina olika totalförsvarsuppgifter. Vi vill därvid erinra om att vi, genom skrivelse till regeringen den 14 november 1978 (bilaga 4), hemställt om tilläggsuppdrag för att bl. a. pröva frågan om utbildningsplikt i fred för personal inom hälso- och sjukvården. Ett nära samarbete med 1978 års försvarskommitté har därvid förutsatts ske.

Försvarskommittén har vidare att pröva lämpligheten och möjligheterna av att öka samordningen mellan civilförsvaret och den kommunala och landstingskommunala verksamheten. Våra förslag i dessa avseenden har redovisats i kapitel 3.

8.4 Försvarsberedskap vid länsalarmeringscentraler

Samhällets alarmeringsfunktioner har under de senaste åren sammanförts i regionala länsalarmeringscentraler (LAC). Centralernas verksamhet bedrivs enligt ett avtal som efter godkännande av 1972 års riksdag (prop. 1972:129, TU 20, rskr 329) träffats mellan televerket, Svenska kommunförbundet och landstingsförbundet.

Länsalarmeringscentralerna förfogar över kvalificerad teknisk utrustning och svarar i fred för bl. a. den direkta transportdirigeringen av landstingens ambulanser.

Regeringen har i september 1977 uppdragit åt civilförsvarsstyrelsen att inom totalförsvaret samordna de åtgärder som behövs för att under krig eller vid krigsfara vidmakthålla den verksamhet vid länsalarmeringscentralerna som är oundgänglig från totalförsvarsynpunkt. Vi har, som framgått av kapitel 4, förutsatt att åtgärder snarast vidtas, så att centralernas funktionsförmåga säkerställs under beredskap och i krig.

8.5 Samordning av allmänna landmobila radiokommunikationer m. m. (SARK)

För ett effektivt utnyttjande av länsalarmeringscentralerna krävs att sjuktransportfordonen kan ledas och dirigeras även med radiokommunikationer. Resurserna härför är dock, som framhållits i kapitel 4, helt otillräckliga inom

totalförsvaret.

Televerket fick i juni 1976 regeringens uppdrag att utreda frågan om en framtida samordning av landmobila radiokommunikationer. Televerkets utredning (SARK) kommer att slutföras i juni 1979. Det är därvid högst angeläget att behovet av radiokommunikationer för ledning och dirigerering av sjuktransporter beaktas.

8.6 Utredning angående den militära direktivrätten

Regeringen uppdrog i februari 1975 åt en särskild sakkunnig (kammarrättsrådet Lennart Nordbeck) att utreda frågan om rätt för militär myndighet att för särskilda fall meddela civila myndigheter föreskrift om fullgörande av dem åvilande uppgifter (militär direktiv rätt). För hälso- och sjukvårdens vidkommande återfinns bestämmelser om den militära direktivrätten i krigssjukvårdskungörelsen.

Den sakkunnige har ännu inte slutfört sitt arbete. Han har dock meddelat att han, efter överläggningar inom totalförsvaret med berörda parter, funnit att den militära direktivrätten inom hälso- och sjukvårdens område kan avskaffas. I kapitel 5 har angivits hur samverkan inom totalförsvarets hälso- och sjukvård bör bedrivas på olika nivåer. Som en följd härav har vi, liksom den sakkunnige, funnit att bestämmelserna i krigssjukvårdskungörelsen om militär direktiv rätt kan slopas.

9 Författningsmässig reglering

9.1 Nuläge

I avsnitt 1.1 har redogjorts för *krigssjukvårdslagen* (1953:688) som tillkom 1953 och som i stora drag alltså gäller med den ursprungliga lydelsen. I lagen regleras grunderna för den civila hälso- och sjukvården i krig, vid krigsfara eller andra utomordentliga förhållanden. För försvarsmaktens respektive civilförsvarets sjukvårdstjänst gäller särskilda bestämmelser. *Krigssjukvårdslagen* innehåller sedan 1966 även bestämmelser om den civila veterinärverksamheten i krig.

Med stöd av *krigssjukvårdslagen* har Kungl. Maj:t utfärdat *krigssjukvårdskungörelsen* (1955:442). I denna återfinns bestämmelser om

- ledningen av hälso- och sjukvården,
- samverkan mellan olika ledningsorgan,
- organisationen av den slutna och öppna vården,
- den militära direktivrätten,
- beredskapsgraderna inom hälso- och sjukvården,
- planläggningen för krigsorganisation och
- medicinalpersonalens tjänsteplikt.

Kommer riket i krig gäller inte i lag eller författning meddelade stadganden som strider mot *krigssjukvårdslagen* eller bestämmelser som utfärdas med stöd av denna. Detta innebär att *sjukvårdslagen* (1962:242) och *sjukvårdskungörelsen* (1970:703) gäller också i krig i de delar de inte strider mot *krigssjukvårdslagen* eller andra bestämmelser som utfärdas med stöd av denna (*krigssjukvårdskungörelsen*).

I praktiken innebär ett tillämpande av *krigssjukvårdslag* och *-kungörelse* att betydande ingrepp görs i den fredstida sjukvårdsorganisationen samt i den landstingskommunala lednings- och förvaltningsapparaten. I kapitel 1 och 5 har redogjorts för den bristande överensstämmelsen mellan ansvarsförhållanden i fred och krig. Vidare kan nämnas att direktion i fred kan vara gemensam för två eller flera sjukhus och kan anförtros uppgifter för den öppna vården (*sjukvårdslagen* 11 §). I krig skall finnas en sjukhusstyrelse för varje beredskapssjukhus och den öppna vården skall förestås av en krigstjänstläkare. Ledningen av sjukhus kan i fred, under direktionen, antingen utövas av en särskilt tillsatt sjukhusdirektör eller av en läkare vid sjukhuset; styresman (*sjukvårdslagen* 13 §). Beredskapssjukhus skall däremot alltid förestås av en chefsläkare (*krigssjukvårdskungörelsen* 16 och 49 §§.)

Fredstida, etablerade benämningar inom sjukvården får i flera fall helt andra namn i krig. Uttryck som beredskapssjukhus, krigstjänsteläkare och krigssjukvårdsområde är exempel på den särpräglade begreppsapparaten.

Lagen om kommunal beredskap (1964:63) gällde tidigare enbart primärkommuner men omfattar fr. o. m. den 1 juli 1977 också landstingskommuner. Lagen ålägger kommuner och landstingskommuner att under beredskapstillstånd upprätthålla eller utöva annan för totalförsvaret viktig verksamhet, vilken åligger kommuner och landstingskommuner enligt särskild lag eller författning eller eljest drivs av denna. Redan i fred skall de förberedelser vidtas, som fordras för att kommuner och landstingskommuner skall kunna bedriva sin verksamhet under beredskapstillstånd. I fråga om hälso- och sjukvård gäller bestämmelserna i lagen om kommunal beredskap endast i den mån de inte strider mot krigssjukvårdslagen eller föreskrifter som meddelats med stöd av denna.

Vissa andra bestämmelser av betydelse för den civila hälso- och sjukvården återfinns bl. a. i *administrativa fullmaktslagen* (1942:87), *allmänna tjänstepliktslagen* (1959:83), *instruktion för socialstyrelsen* (1967:606), *instruktion för civilbefälvhavare* (1970:363) samt i *krigsinstruktion för länsstyrelserna* (1975:1004). Nämnda författningar är sådana som kan sägas vara av grundläggande betydelse för sjukvården i krig. Även i annan beredskapslagstiftning återfinns bestämmelser som kan vara av betydelse för sjukvården.

Bestämmelser om civilförsvarets sjukvårdstjänst återfinns i civilförsvarkungörelsen (1960:377), medan överbefälvhavaren utfärdat grundläggande bestämmelser för försvarsmaktens sjukvårdstjänst.

9.2 Överväganden och förslag

9.2.1 *Allmänt*

Enligt denna utrednings direktiv bör den i fred gällande sjukvårdslagstiftningen utgöra grunden för de bestämmelser som skall gälla i krig. Vi tolkar detta så, att den i fred gällande sjukvårdslagstiftningen i princip, så långt möjligt är, bör tillämpas också i krig, vid krigsfara eller andra utomordentliga förhållanden. För att den civila hälso- och sjukvården vid beredskapstillstånd eller krig skall kunna omställas till och därefter bedrivas i enlighet med en redan i fred planlagd, övad och i övrigt förberedd krigsorganisation fordras dock att den redan i fred gällande sjukvårdslagstiftningen m. m. kompletteras, så att landstingskommunerna åläggs ansvar härför. Vi har dock inte funnit att behovet av en sådan beredskapslagstiftning är så omfattande att det motiverar bibehållandet av en särskild krigssjukvårdslag.

Sjukvårdslagstiftningen är f. n. föremål för översyn av hälso- och sjukvårdsutredningen (HSU, avsnitt 8.1). Den nya lagstiftningen skall enligt HSU:s direktiv omfatta hälso- och sjukvården i dess helhet och ges formen av en ramlagstiftning. HSU har ännu inte framlagt något förslag till ny hälso- och sjukvårdslag. Vid kontakter med HSU har vi dock inte funnit några hinder för att en sådan ramlagstiftning i princip skulle gälla också för sjukvården i krig. Genom att de särbestämmelser som skall gälla för hälso- och sjukvården i krig, vid krigsfara eller andra utomordentliga förhållanden kan regleras i annan lagstiftning skulle inga bestämmelser härom behövas i

sjukvårdslagen. Samma förhållanden torde också gälla en kommande hälso- och sjukvårdslag.

I det följande redovisas översiktligt våra ställningstaganden i författningsfrågorna. Flertalet frågor har redan behandlats tidigare i betänkandet, och för dessa lämnas därför endast en mycket kort redogörelse. De författningsfrågor som inte behandlats tidigare diskuteras mer utförligt. För en detaljerad motivering m. m. hänvisas till specialmotiveringen (kapitel 10).

9.2.2 *Landstingskommunernas ansvar*

Lagen om kommunal beredskap ålägger kommuner och landstingskommuner dels att under beredskapstillstånd upprätthålla eller utöva annan för totalförsvaret viktig verksamhet, vilken åligger kommunen eller landstingskommunen enligt särskild lag eller författning eller eljest drives av denna, dels att planlägga härför i fred. Lagen gäller dock i fråga om hälso- och sjukvård endast i den mån den inte strider mot krigssjukvårdslagstiftningen. Lagen om kommunal beredskap bör enligt vår mening utan inskränkningar omfatta all landstingskommunal verksamhet, dvs. även hälso- och sjukvården. Detta innebär att landstingskommunerna åläggs ett enhetligt ansvar för all landstingskommunal verksamhet i krig m. m. och planläggning härför i fred.

Landstingskommunerna äger i fred stor frihet att inom ramen för sjukvårdslagens och sjukvårdskungörelsens bestämmelser dimensionera, organisera, leda och bedriva hälso- och sjukvård på det sätt som de med hänsyn till förhållandena inom sjukvårdsområdena finner lämpligt. Landstingen bör anförtros samma självständiga ansvar också i krig, vid krigsfara eller andra utomordentliga förhållanden, dock med den begränsningen att deras verksamhet då måste vara underkastad de beslut om samordning och inriktning av verksamheten som socialstyrelse, civilbefälsmyndighet och länsstyrelse kan komma att fatta (kapitel 5). Detta innebär, att nuvarande särbestämmelser om hur sjukvården skall organiseras i krig (krigssjukvårdskungörelsen 14–28 §§) bör utgå (nedan, avsnitt 9.2.4).

9.2.3 *Ledning och samverkan*

Krigssjukvårdslagen och krigssjukvårdskungörelsen innehåller utförliga bestämmelser om ledning av den civila hälso- och sjukvården och om samverkan inom totalförsvaret (4 § 1 mom. respektive 2–13 §§). I enlighet med vad som föreslagits i kapitel 5 bör dessa bestämmelser ersättas med stadganden i den kommunala beredskapslagstiftningen som ger regeringen rätt att redan i fredstid, meddela föreskrifter om hälso- och sjukvården i krig, vid krigsfara och andra utomordentliga förhållanden.

Bestämmelser om länsstyrelsens respektive civilbefälsmyndigheters befogenhet att i krig meddela kommun och landstingskommun föreskrift om verksamhetens bedrivande och inriktning bör meddelas i lagen om kommunal beredskap. CB:s respektive länsstyrelsens uppgifter i egenskap av högsta civila totalförsvarsmyndighet inom civilområde respektive län framgår av instruktion för CB respektive krigsinstruktion för länsstyrelser.

9.2.4 *Tjänste- och utbildningsplikt*

I avsnitt 6.3.2 har föreslagits att tjänsteplikten i krig för medicinalpersonal utvidgas till att omfatta all personal inom hälso- och sjukvården. Författningsmässigt bör detta regleras i en särskild lag om tjänsteplikt för hälso- och sjukvårdspersonal.

Med hälso- och sjukvård avses, med den definition som använts av medicinalansvarskommittén (SOU 1978:26), individuellt inriktad vård till förebyggande, uppspårande, utredande eller behandling av sjukdom, skada eller kroppsfel samt vård i samband med barnsbörd. Personal inom den allmänna hälso- och miljövården (hälsoskyddet) omfattas däremot i princip inte av förslaget. En särlösning erfordras dock för hälsovårdsinspektörerna, som är en från personalplaneringssynpunkt utpräglad bristkategori. För att tillgodose det civila hälsoskyddets behov bör därför denna personalgrupp oförändrat omfattas av tjänsteplikten.

Förslaget innebär att *all* personal, som omfattas av tjänsteplikten, genom ett samrådsförfarande fördelas av socialstyrelsen och försvarets sjukvårdsstyrelse för krigsplacering inom totalförsvaret. Detta innebär, vid en jämförelse med nuvarande tjänstepliktsbestämmelser, en förstärkning av den civila hälso- och sjukvårdens ställning i förhållande till annan totalförsvarsverksamhet.

Tjänsteplikten för veterinärpersonal bör regleras i krigsveterinärlagstiftningen (avsnitt 9.2.10).

Bestämmelser om utbildningsplikt i fred för läkare (krigssjukvårdslagen 9 a §) bör intas i ovannämnda lag om tjänsteplikt.

9.2.5 *Sjukvårdens organisation*

I krigssjukvårdskungörelsen (14–28 §§) anges hur den slutna respektive öppna vården skall organiseras i krig. Med våra förslag till författningsmässig reglering av landstingskommunernas ansvar för hälso- och sjukvård i krig, vid krigsfara och andra utomordentliga förhållanden samt planläggning härför i fred – för vilken socialstyrelsen efter samråd med berörda centrala myndigheter och med riksnämnden för kommunal beredskap skall äga att meddela föreskrifter (avsnitt 9.2.8) – erfordras inte några särskilda bestämmelser om sjukvårdsorganisationen under ovannämnda förhållanden. Det skall – liksom i fred – ankomma på sjukvårdshuvudmännen att fastställa hur sjukvården skall organiseras och bedrivas. Bestämmelserna i krigssjukvårdskungörelsens 14–28 §§ kan därför, som redan anförts under avsnitt 9.2.2, helt utgå.

9.2.6 *Militär direktivrätt*

Regeringen har i februari 1975 uppdragit åt kammarrättsrådet Lennart Nordbeck att utreda frågan om rätt för militär myndighet att för särskilda fall meddela civila myndigheter föreskrifter om fullgörandet av dem åvilande uppgifter (militär direktivrätt). Utredningsmannens arbete är ännu inte helt slutfört. Denne har dock underhand anfört, att frågan om bistånd från civila myndigheters sida inom hälso- och sjukvårdens område bäst löses genom

samverkan och samarbete, varför någon militär direktivrätt inte torde erfordras i detta avseende.

I kapitel 5 har vi lämnat förslag, som är ägnade att i krig säkerställa ett samordnat utnyttjande av totalförsvarets sjukvårds- och sjuktransportresurser. Liksom den sakkunnige har vi funnit att den militära direktivrätten kan slopas för hälso- och sjukvårdens och veterinärväsendets vidkommande.

9.2.7 Beredskapsgrader

För hälso- och sjukvården gäller, liksom för andra totalförsvarsfunktioner, att övergång till krigsorganisation sker genom intagande av beredskapsgrader (III, II och I). Innebörden av de olika beredskapsgraderna regleras i krigssjukvårdskungörelsen. Med hänsyn till hälso- och sjukvårdens stora betydelse för totalförsvarets funktionsförmåga bör även fortsättningsvis den civila hälso- och sjukvården omfattas av särskilda beredskapsgrader. Bestämmelserna härom bör intagas i kommunala beredskapskungörelsen. Vissa mindre justeringar av innebörden av de olika beredskapsgraderna erfordras.

9.2.8 Planläggning i fred

I krigssjukvårdskungörelsen återfinns detaljerade bestämmelser om planläggning för krigsorganisationen. Som framgått av avsnitt 6.1.2 innebär ett fastläggande av ansvarsprincipen att landstingskommunerna aktivt skall planlägga för en god och balanserad civil hälso- och sjukvård också i krig, vid krigsfara och andra utomordentliga förhållanden. Denna planläggning skall som grund ha dels fredsorganisationen och dess resurser, dels de statligt finansierade tillskottsresurser som tillförs sjukvården vid övergång till krigsorganisation. Planläggningen måste bedrivas inom ramar som fastställts centralt avseende bl. a. säkerhetspolitiska förutsättningar, totalförsvarsbeslut omfattande totalförsvarets och sjukvårdsberedskapens fortsatta utveckling samt befolkningsramar och försörjningsmöjligheter.

Olika förutsättningar för och krav på hälso- och sjukvården vid olika kris- och angreppsfall måste redovisas som tillkommande krav från central och högre regional nivå såsom ett underlag för det konkreta planläggningsarbetet inom sjukvårdsområdena. Nuvarande detaljreglering av planläggningen bör så långt möjligt ersättas av övergripande ramar, som främst skall syfta till att planläggningen får en viss enhetlig, samordnad inriktning. Inom dessa ramar ankommer det på landstingskommunerna att bedöma förutsättningarna och konsekvenserna för den egna verksamheten i krig och planlägga härför.

Bestämmelserna i krigssjukvårdskungörelsen (37–42 §§) om planläggning för krigsorganisationen kan således helt utgå. Detta innebär bl. a. att regeringen inte längre behöver fastställa ett visst antal vårdplatser inom den slutna akutsjukvården som grund för planläggningen. Det bör i stället ankomma på socialstyrelsen att efter samråd med berörda centrala myndigheter och med riksnämnden för kommunal beredskap meddela erforderliga anvisningar för planläggningen.

9.2.9 *Kostnader*

I avsnitt 7.2 har konstaterats, att ersättningsbestämmelserna i lagen om kommunal beredskap (16 §) bör ändras, så att statsbidrag kan utgå till sjukvårdshuvudmännen för en kontinuerlig, enhetlig beredskapsplanläggning. Vi har därvid föreslagit att förhandlingar upptas mellan staten och företrädare för sjukvårdshuvudmännen om statsbidragssystemets utformning m. m. De tre landstingsfria kommunerna Göteborg, Malmö och Gotland bör beträffande ersättning för planläggning m. m. för hälso- och sjukvården i krig behandlas som landstingskommuner. Däremot har det inte ingått i vårt uppdrag att pröva om också ersättningsbestämmelserna för den primärkommunala beredskapsplanläggningen bör ändras. Statsbidragen härför bör därför utgå enligt nuvarande bestämmelser. Detta innebär att skilda statsbidragsregler kommer att gälla för den planläggning som utföres av landstingskommuner respektive primärkommuner.

9.2.10 *Civil veterinärverksamhet*

Genom 1966 års riksdags bifall till proposition 1966:9 utvidgades krigssjukvårdslagens bestämmelser om krigsorganisation m. m. av den allmänt civila hälso- och sjukvården samt om tjänsteplikt under krig, krigsfara eller andra utomordentliga förhållanden till att avse även den civila veterinärverksamheten (andra lagutskottet 1966:2, rskr 65). Med stöd härav har Kungl. Maj:t utfärdat krigsveterinärkungörelsen (1966:768).

Till skillnad från vad som är fallet för hälso- och sjukvården finns inte någon i fred gällande lag, på vilken bestämmelser om civil veterinärverksamhet i krig samt planläggning härför i fred kan bygga. Som en följd härav erfordras vid ett slopande av den särskilda krigssjukvårdslagstiftningen införandet av en särskild krigsveterinärslag.

10 Specialmotivering

10.1 Förslaget till lag om ändring i lagen om kommunal beredskap

Lagen om kommunal beredskap reglerar huvudsakligen kommuners och landstingskommuners skyldighet att under beredskapstillstånd upprätthålla eller utöva för totalförsvaret viktig verksamhet, som i fred åligger kommun eller landstingskommun eller eljest bedrivs av denna. Lagen innehåller också bestämmelser om skyldighet för kommuner och landstingskommuner att planlägga för den fortsatta verksamheten under beredskapstillstånd.

1 § och rubriken närmast före 1 §

I paragrafen regleras kommuns och landstingskommuns skyldighet att under beredskapstillstånd vara verksam jämväl till förmån för befolkning från annan kommun eller landstingskommun, som till följd av krigsskada, utrymning eller andra med krig eller krigsfara sammanhängande utomordentliga förhållanden uppehåller inom kommunen eller landstingskommunen.

Av 1 § och av rubriken närmast före 1 § framgår att lagen i sin nuvarande lydelse tillämpas under beredskapstillstånd. Oklarhet har ansetts kunna uppstå om lagen gäller i krig, eftersom beredskapstillstånd då inte råder. I likhet med annan, modernare beredskapslagstiftning – jämför förfogandelagen (1978:262) – har paragrafen utformats så, att lagen automatiskt gäller i krig samt, efter förordnande av regeringen, vid krigsfara eller andra utomordentliga förhållanden. Sådan föreskrift skall dock underställas riksdagens prövning inom viss i paragrafens fjärde stycke angiven tid, för att äga fortsatt giltighet. Orden "under beredskapstillstånd" har därför ersatts med "i krig" även i lagens 2, 4, 5, 8–9, 11–12, 14, 18 och 21 §§. I rubriken närmast före 1 § har "under beredskapstillstånd" ersatts med "i krig m. m." varvid "m. m." syftar på att lagen även kan gälla vid krigsfara eller andra utomordentliga förhållanden.

Paragrafens tredje och fjärde stycke ersätter 3 § 2 mom. krigssjukvårdslagen (1953:688) vad avser den civila hälso- och sjukvården. Såsom exempel på fall då förordnande skall kunna ske utan att krig eller krigsfara kan anses föreligga anges i specialmotivering till krigssjukvårdslagen (SOU 1952:222, s. 208) "dels ett med hänsyn till den epidemiologiska situationen eller av andra skäl befarat bakteriologiskt angrepp utan samband med andra krigs-

handlingar, dels en flyktingström framkallad av krigsfara för annat land”.

Enligt paragrafens tredje stycke kan regeringen bestämma att lagen skall tillämpas endast för viss kommunal eller landstingskommunal angelägenhet (”helt eller delvis”), t. ex. sjukvården, eller viss del av riket, t. ex. visst län eller civilområde. Härigenom säkerställs en från beredskapssynpunkt nödvändig och för hälso- och sjukvården särskilt angelägen flexibilitet.

5 §

Enligt paragrafens första stycke kan länsstyrelsen i det län där utrymningsområde är beläget förordna om bistånd mellan kommuner och landstingskommuner om dessa ej skulle kunna enas om bistånd. Som framgått av den allmänna motiveringen (avsnitt 5.2.2) bör förordnande om bistånd även kunna fattas av civilbefälhavare.

Beslut av länsstyrelse bör i första hand komma i fråga vid bistånd mellan kommuner i samma län. Beslut av civilbefälhavare bör främst avse landstingskommuner eller kommuner belägna inom olika län. Lagen ger dock formellt länsstyrelsen i det län där utrymningsområdet är beläget, rätt att förordna om bistånd från kommun eller landstingskommun i annat län. Det får förutsättas att sådant beslut fattas av länsstyrelse endast om läget omöjliggör att frågan överlämnas till civilbefälhavaren (t. ex. på grund av förbindelseavbrott).

Landstingskommunerna har i fred ett omfattande interkommunalt samarbete. Så länge förhållandena medger det bör även i krig resursutjämning och åtgärder m. m. kunna vidtas smidigt och effektivt genom sådant landstingskommunalt samarbete utan att civilbefälhavare eller länsstyrelse behöver ingripa.

Enligt paragrafens andra stycke är kommun eller landstingskommun skyldig att efter förordnande av länsstyrelse tillfälligt lämna bistånd åt annan kommun eller landstingskommun, om så oundgängligen erfordras i fråga om för totalförsvaret viktig kommunal eller landstingskommunal angelägenhet. Som framgått av den allmänna motiveringen (avsnitt 5.2.2 och ovan) bör sådant beslut även kunna fattas av civilbefälhavaren i det civilområde, där den biståndslämnande kommunen eller landstingskommunen är belägen.

6 §

Paragrafen ålägger kommun och landstingskommun att redan i fredstid vidta de förberedelser som behövs för att kommun eller landstingskommun skall kunna fullgöra sina uppgifter i krig, vid krigsfara eller andra utomordentliga förhållanden. Genom att i paragrafen införa skyldighet för kommun och landstingskommun att ”upprätta de planer” som behövs, för att dessa skall kunna fullgöra sina uppgifter i krig har kommuners och landstingskommuners ansvar för förberedelserna i fred preciserats. Motsvarande gäller f. n. för hälso- och sjukvården enligt 6 § första stycket krigssjukvårdslagen.

I enlighet med den allmänna motiveringen (avsnitt 9.2.4) har i paragrafens tredje stycke ”den allmänna hälsovården” utbytt mot ”hälsoskyddet”.

7 §

Paragrafen anger i sin nuvarande lydelse att kommun och landstingskommun är skyldig att redovisa sina förberedelser i särskild plan, om länsstyrelsen finner detta erforderligt med hänsyn till beredskapsuppgifternas omfattning eller betydelse. Sådan plan skall upprättas och antas av kommunen eller landstingskommunen och därefter underställas länsstyrelsen för godkännande. Plan för landstingskommun behöver dock inte underställas länsstyrelsen.

Länsstyrelsen får vidare förordna om revision av kommunala och landstingskommunala beredskapsplaner, då det påkallas av ändrade förhållanden.

Som framgått av den allmänna motiveringen (avsnitt 6.1.2) anser vi att landstingskommunerna bör ha ett enhetligt ansvar för all landstingskommunal beredskapsplanläggning. Vi har också angivit hur den landstingskommunal beredskapsplanläggningen bör bedrivas. Det planläggningssystem som därvid förordats skiljer sig helt från det, på vilket denna paragraf f. n. bygger. Den planläggning som genomförs med stöd av lagen har karaktären av ett engångsarbete, som utföres efter förordnande av länsstyrelsen. Därefter sker – med flera års mellanrum – revision av planerna.

Beredskapsplanläggningen av hälso- och sjukvården måste emellertid – med hänsyn till dess stora omfattning, snabba utveckling och betydelse för totalförsvaret – ske kontinuerligt. Som framgått av den allmänna motiveringen bör den landstingskommunala beredskapsplanläggningen i så stor utsträckning som möjligt integreras med den fredstida sjukvårdsplaneringen. Planläggningen för fredstida katastrofer bör vidare ses som ett led i planläggningen för sjukvården i krig.

Med hänsyn härtill saknas det enligt vår mening motiv för att länsstyrelse skall kunna förordna om upprättande av landstingskommunala beredskapsplaner. Den landstingskommunala verksamheten skall – utan särskilt förordnande av respektive länsstyrelse – vara föremål för en regelbunden beredskapsplanläggning.

Länsstyrelsens rätt att förordna om upprättande av särskilda planer har därför i paragrafen inskränkts till att omfatta enbart primärkommuner. De tre kommuner som ej tillhör landstingskommun (Göteborg, Malmö och Gotland) bör därvid behandlas som landstingskommuner i avseende på hälso- och sjukvård och andra landstingskommunala uppgifter.

14 §

Enligt paragrafens andra stycke har länsstyrelsen rätt att i krig, om det anses oundgängligt för samordning av försvarsansträngningarna, meddela kommun och landstingskommun föreskrift i avseende på verksamhetens bedrivande och inriktning. Som framgått av den allmänna motiveringen (avsnitt 5.2.2) bör sådan föreskrift kunna meddelas även av civilbefälhavare (se även kommentar till 5 §).

14 a §

Paragrafen är ny. Som framgått av den allmänna motiveringen (avsnitt 7.2) föreslår vi att förhandlingar upptas mellan staten och sjukvårdshuvudmännen om statsbidragen för den landstingskommunala beredskapsplanläggningen. Bestämmelser om sådana statsbidrag bör meddelas i särskild ordning sedan överenskommelse träffats mellan parterna. För den planläggning av primärkommunala uppgifter som de tre landstingsfria kommunerna svarar skall ersättning utgå enligt oförändrade bestämmelser i 16 §.

16 §

Paragrafen reglerar statsbidragen till den kommunala och landstingskommunala beredskapsplanläggningen. I 14 a § har föreslagits att bestämmelser om statsbidrag för planläggning m. m. som utförs av landstingskommuner och kommuner som ej tillhör landstingskommuner (vad avser landstingskommunal verksamhet) skall meddelas i särskild ordning. 16 § har därför begränsats till att endast omfatta statsbidrag till kommunal beredskapsplanläggning.

22 §

I 22 § anges f. n. att lagen om kommunal beredskap skall gälla endast i den mån den inte strider mot krigssjukvårdslagen eller föreskrifter som meddelas med stöd av denna. Som framgått av den allmänna motiveringen (avsnitt 9.2.2) anser vi att lagen om kommunal beredskap utan inskränkningar bör omfatta all landstingskommunal verksamhet. Gällande lydelse av paragrafen har därför fått utgå.

Av den allmänna motiveringen (avsnitt 9.2.1) framgår att den i fred gällande sjukvårdslagstiftningen m. m. bör utgöra grunden för sjukvården också i krig. Den särskilda krigssjukvårdslagstiftningen, som i stora delar numera är otidsenlig, bör upphävas. Hälso- och sjukvården måste emellertid i krig, vid krigsfara eller andra utomordentliga förhållanden kunna organiseras och bedrivas, så att den tillgodoser de särskilda krav som ställs på den i sådana lägen. Det kan därvid vara nödvändigt att förenkla beslutsprocessen, hårdare prioritera sjukvårdsresursernas användande, modifiera de medicinska behandlingsprinciperna på ett sätt som icke skulle vara tänkbart i fred etc. För att detta skall vara möjligt måste regeringen få meddela bestämmelser som i erforderlig utsträckning tar över den fredstida sjukvårdslagstiftningen m. m.

I paragrafen har därför intagits en föreskrift att regeringen får meddela särskilda bestämmelser om hälso- och sjukvården samt hälsoskyddet i krig. Föreskrift i lag eller författning skall därvid ej gälla i den mån den strider mot sådana särskilda bestämmelser. Paragrafen motsvarar nuvarande 3 § 1 mom. krigssjukvårdslagen. Som framgått av den allmänna motiveringen (avsnitt 9.2.4) har orden "hälso- och sjukvård" ersatts med "hälso- och sjukvården samt hälsoskyddet".

För försvarsmaktens hälso- och sjukvård samt civilförsvarets sjukvårdstjänst skall bestämmelser, liksom hittills, meddelas i särskild ordning. Med

stöd av denna paragraf har bestämmelser om samverkan inom totalförsvarets hälso- och sjukvård dock intagits i kommunala beredskapskungörelsen (10 §).

23 §

Paragrafen är ny och motsvarar utan ändring i sak 7 a § krigssjukvårdslagen vad avser den civila hälso- och sjukvården och det civila hälsoskyddet ("det allmänt civila medicinalväsendet" med krigssjukvårdslagens terminologi).

10.2 Förslaget till förordning om ändring i kommunala beredskapskungörelsen

1 §

Som framgått av den allmänna motiveringen (avsnitt 9.2.4) har orden "den allmänna hälsovården" ersatts med "det civila hälsoskyddet".

2 och 3 §§

Begreppet beredskapssjukhus (krigssjukvårdskungörelsen) saknar motsvarighet i föreliggande författningsförslag. Ordet "beredskapssjukhus" har därför utbyts mot "sjukhus".

7 §

Som framgår av 1 § lagen om kommunal beredskap gäller lagen och förordningen i krig eller, efter särskilt förordnande av regeringen, i krigsfara och andra utomordentliga förhållanden. Orden "under beredskapstillstånd" har därför fått utgå i denna paragraf.

9 §

Paragrafen, som är ny, motsvarar 2–7 §§ krigssjukvårdskungörelsen. Även om betydande redaktionella och språkliga justeringar vidtagits avses i sak inte någon förändring ske av socialstyrelsens ledningsansvar för den civila hälso- och sjukvården och det civila hälsoskyddet i krig med undantag för vad som anges nedan i fråga om rätten att flytta personal. Som framgått av den allmänna motiveringen (avsnitt 5.2.3) skall socialstyrelsen, utöver i krig kvarstående fredsuppgifter, äga att med hänsyn till behovet inom särskild del av riket eller viss verksamhetsgren inom den civila hälso- och sjukvården besluta om förflyttning av personal, patienter och förnödenheter samt i övrigt bestämma om hälso- och sjukvårdsresursernas utnyttjande.

F. n. får socialstyrelsen fatta beslut om förflyttning av medicinalpersonal. Som framgått av den allmänna motiveringen (avsnitt 6.3.2) föreslår vi att tjänsteplikten skall omfatta all s. k. hälso- och sjukvårdspersonal. Detta medför att socialstyrelsen ges rätt att fatta beslut om förflyttning av all den hälso- och sjukvårdspersonal som omfattas av tjänsteplikt.

Paragrafen ger socialstyrelsen rätt att bestämma över landstingskommunala resurser. För att paragrafen skall träda i tillämpning har därför ansetts böra krävas särskilt förordnande av regeringen.

Som framgått av den allmänna motiveringen (avsnitt 5.2.2) bör ansvaret för den operativa ledningen av den civila hälso- och sjukvården inom civilområdet oförändrat åvila civilbefälhavaren. Civilbefälhavaren skall således – inom civilområdet – ha samma rättigheter som socialstyrelsen har för hela riket, nämligen att fatta beslut om förflyttning av personal, patienter och resurser etc. Paragrafens andra stycke motsvarar 6–7 §§ krigssjukvårdskungörelsen.

I 7 § krigssjukvårdskungörelsen anges att civilbefälhavaren, innan han fattar beslut i frågor av större räckvidd, såvitt möjligt skall samråda med socialstyrelsen. Vidare anges att, om sådant beslut fattats utan att samråd ägt rum, styrelsen snarast möjligt skall underrättas om beslutets innehåll. Vi anser att denna ordning bör gälla utan att något stadgande härom behöver tas in i paragrafen. Att stor restriktivitet måste iakttas vid tillämpningen av denna paragraf ligger i sakens natur. Det bör också påpekas att vi framlagt förslag om sammansättningen av civilbefälhavarens sektion B (avsnitt 5.2.2). Den nya sammansättningen bör vara ägnad att i ökad utsträckning tillföra sektionen mera ingående kunskap om och erfarenhet av ledning och drift av den civila hälso- och sjukvården samt av regionsjukvårdssamarbete.

På länsplanet har vi föreslagit att ledningen av den civila hälso- och sjukvården i krig överförs från länsstyrelser till landstingskommuner och landstingsfria kommuner (allmän motivering; avsnitt 5.2.1). Sjukvårdshuvudmännens ledningsansvar framgår av paragrafens andra stycke.

Länsstyrelsen föreslås oförändrat leda det civila hälsoskyddet, vilket anges i paragrafens tredje stycke.

10 §

Paragrafen är ny och ersätter samverkansbestämmelserna i krigssjukvårdskungörelsen 8–13 §§.

Hur samverkan skall bedrivas anges utförligt i avsnitt 5.2.1 (länsnivå), 5.2.2 (högre regional nivå) och 5.2.3 (central nivå). Det bör påpekas att samverkansorganen inte har någon egen beslutskapacitet och inte heller tar över några av de i samverkansorganen representerade myndigheternas befogenheter.

Föreskrifter om samverkan bör utfärdas av socialstyrelsen i samråd med berörda myndigheter. Dessa föreskrifter bör inte vara mer detaljerade än att samarbetet kan utformas och anpassas till de mellan länen varierande förutsättningarna.

11 §

Paragrafen, som är ny, innehåller vissa bestämmelser om beredskapsgrader inom den civila hälso- och sjukvården. Paragrafen motsvarar 35–36 §§ krigssjukvårdskungörelsen. Vissa redaktionella och språkliga justeringar har skett.

Vid beredskapsgrad III skall enligt 36 § 1 mom. krigssjukvårdskungörelsen styrelse utses för varje beredskapssjukhus. Enligt vår mening bör de frestida

ledningsorganen så långt möjligt kvarstå i krig. Vi har dessutom föreslagit att begreppet beredskapssjukhus skall utgå, varför denna att-sats i 36 § 1 mom. krigssjukvårdslagen inte har någon motsvarighet i denna paragraf.

12 §

Paragrafen är ny och motsvarar 36 § 2 mom. krigssjukvårdskungörelsen. Paragrafen har dock fått en mer allmän utformning.

10.3 Förslaget till lag om tjänsteplikt för hälso- och sjukvårdspersonal m. m.

Medicinalpersonal omfattas enligt 8 § krigssjukvårdslagen av tjänsteplikt i krig. Annan personal inom hälso- och sjukvården kan i viss utsträckning disponeras med stöd av allmänna tjänstepliktslagen. Som framgått av den allmänna motiveringen (avsnitt 6.3.2) föreslår vi att i princip all hälso- och sjukvårdspersonal bör omfattas av en enhetlig tjänsteplikt. Bestämmelser härom föreslås införda i en särskild lag om tjänsteplikt för hälso- och sjukvårdspersonal.

1 §

Paragrafen ersätter 8 § krigssjukvårdslagen. Inom det kommunala hälso-skyddet råder stor brist på hälsovårdsinspektörer, vilka f. n. kan åläggas tjänsteplikt med stöd av bestämmelserna om tjänsteplikt för medicinalpersonal. I paragrafen har därför angetts att tjänsteplikten omfattar även personal inom hälsoskyddet.

Tjänsteplikt skall kunna åläggas såväl personal som vid tidpunkten för krigsplacering eller vid tillämpning av tjänstepliktsbestämmelserna är sysselsatt inom nämnda verksamhetsområden som personer som har tidigare sådan yrkeserfarenhet. Den som genomgår respektive har genomgått utbildning för verksamhet inom hälso- och sjukvård eller hälsoskydd skall därvid jämföras med den som är sysselsatt respektive har tidigare yrkeserfarenhet.

Det bör påpekas att paragrafen ger en yttre ram för vilka grupper som *kan* åläggas tjänsteplikt i krig. Detta innebär inte att alla som formellt omfattas av lagen också *skall* åläggas tjänsteplikt i krig. För olika yrkesgrupper måste bl. a. göras en bedömning av hur lång yrkeserfarenhet som behövs för att tjänsteplikt skall vara meningsfull. För tidigare yrkesverksam personal måste vidare beaktas hur gammal yrkeserfarenheten är. Det är också oundvikligt att viss tjänstepliktig personal måste disponeras inom andra delar av totalförsvaret.

Ytterligare synpunkter på vilka som bör omfattas av lagen lämnas i kommentar till 1 § förordning om tjänsteplikt för hälso- och sjukvårdspersonal m. m.

Samma åldersgränser har åsatts hälso- och sjukvårdspersonal som f. n. gäller enligt 8 § allmänna tjänstepliktslagen. I förhållande till nuvarande bestämmelser i krigssjukvårdslagen har en nedre åldersgräns införts.

I enlighet med vad som redan gäller omfattar tjänsteplikten även personer som ej är svenska medborgare.

Några föreskrifter motsvarande 8 § krigssjukvårdslagen om att ingen skall åläggas tjänst som inte hans kroppskrafter och hälsotillstånd medger har inte tagits in i de nya bestämmelserna. Detta får anses gälla utan att särskild föreskrift härom intas i paragrafen.

Paragrafens andra stycke motsvarar 8 § andra stycket krigssjukvårdskungörelsen.

2 §

Som framgår av den allmänna motiveringen och kommentar till 1 § lagen om kommunal beredskap bör tjänsteplikten automatiskt gälla i krig. Härutöver bör tjänsteplikten, efter särskilt förordnande av regeringen, gälla också vid krigsfara eller andra utomordentliga förhållanden. Paragrafen ersätter 9 § krigssjukvårdslagen.

3 §

Paragrafen motsvarar 9 a § krigssjukvårdslagen (utbildningsplikt för läkare). En förutsättning är att vederbörande enligt nuvarande bestämmelser avlagt medicine kandidatexamen och genomgått för medicine licentiatexamen föreskrivna kurser i medicin och kirurgi. Med hänsyn till omläggningar av läkarutbildningen har detta ändrats till "läkarexamen".

Åldersgränsen har höjts från 65 till 70 år för att överensstämma med gränsen för tjänsteplikt.

4 §

Paragrafen motsvarar 10 § krigssjukvårdslagen. I paragrafen har dock tagits in bestämmelse om att regeringen äger överlåta på myndighet att meddela i paragrafen angivna föreskrifter.

5 §

Paragrafen motsvarar 11 § krigssjukvårdslagen. Vi har dock inte funnit anledning ange att det krävs särskilt försvårande omständigheter för att fängelsestraff skall kunna utdömas. I de fall gärningen är belagd med straff i brottsbalken bör straff utdömas i enlighet med vad som anges i denna.

10.4 Förslaget till förordning om tjänsteplikt för hälso- och sjukvårdspersonal m. m.

1 §

I 43 § krigssjukvårdskungörelsen förtecknas i 18 punkter vilka som hänförs till medicinalpersonal och därför kan åläggas tjänsteplikt i krig. Konstruktionen att i förordning räkna upp vilka grupper som skall omfattas av tjänsteplikt måste, bl. a. med hänsyn till den snabba utvecklingen av vårdutbildningarna, anses vara olämpligt. Vi föreslår därför att regeringen,

med stöd av lagens 1 §, bemyndigar socialstyrelsen att närmare ange vilka personalgrupper som skall omfattas av tjänsteplikt.

Eftersom ett samlat utnyttjande av personaltillgångarna är av stor betydelse för hela totalförsvaret bör socialstyrelsens beslut om vilka grupper som skall omfattas av tjänsteplikten ske i samråd med arbetsmarknadsstyrelsen, civilförsvarsstyrelsen och försvarets sjukvårdsstyrelse.

Som framgått av den allmänna motiveringen (avsnitt 6.3.2) bör medicinalansvarskommitténs förslag till lag om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal m. m. kunna ligga till huvudsaklig grund för tjänstepliktsbestämmelserna. Tjänsteplikt kommer därigenom att omfatta i princip all inom hälso- och sjukvården arbetande personal, som på något sätt medverkar i det vårdarbete för vars kvalitet samhället påtagit sig ett ansvar. Detta kan ske genom att socialstyrelsen i samråd med nämnda myndigheter föreskriver att den som i sin yrkesutövning som hälso- och sjukvårdspersonal står under socialstyrelsens tillsyn också är tjänstepliktig.

Härigenom kommer tjänsteplikten inte bara att omfatta legitimerad personal och annan medicinalpersonal utan också bl. a. teknisk och administrativ personal etc.

Vissa från beredskapssynpunkt betydelsefulla grupper omfattas dock inte av de av medicinalansvarskommittén föreslagna tillsynsbestämmelserna, t. ex. landstingsförvaltningarnas personal samt tidigare inom hälso- och sjukvården yrkesverksam personal. Det ankommer på socialstyrelsen att i samråd med angivna myndigheter bestämma vilka av personalgrupperna som skall vara tjänstepliktiga samt också de närmare förutsättningar som skall gälla i fråga om tidigare yrkeserfarenhet för sådan personal som tidigare har varit sysselsatt inom hälso- och sjukvården.

2 §

Paragrafen motsvarar 44 § krigssjukvårdskungörelsen första stycket. Vi har inte funnit nödvändigt att i paragrafen ange att avsedd registrering inte skall ske i den mån annan myndighet verkställer sådan.

3 §

Paragrafen motsvarar med vissa språkliga och redaktionella justeringar 45 § krigssjukvårdskungörelsen.

4 §

Paragrafen motsvarar 46 § krigssjukvårdskungörelsen. Bristen på vissa personalgrupper gör avvägning nödvändig mellan olika behov inom totalförsvaret. Avvägningen bör även i fortsättningen ske i samråd mellan socialstyrelsen och försvarets sjukvårdsstyrelse. Socialstyrelsen företräder därvid såväl den civila hälso- och sjukvårdens som civilförsvarets intressen.

5 §

Paragrafen motsvarar 48 § krigssjukvårdskungörelsen.

6 §

Paragrafen motsvarar 47 § andra och tredje stycket krigssjukvårdskungörelsen.

7 §

Paragrafen motsvarar del av 50 § krigssjukvårdskungörelsen. Sådant beslut bör, förutom till den krigsplacerade själv, sändas till den, hos vilken den krigsplacerade skall tjänstgöra. Vi har däremot inte funnit att beslut om krigsplacering skall behöva sändas till civilbefälhavare och länsstyrelse. Vi har inte heller ansett det nödvändigt att i paragrafen ta in en föreskrift om att uppgift skall lämnas till civilförsvarsstyrelsen om den personal som krigsplaceras för tjänstgöring inom den öppna vården.

8 §

Paragrafen motsvarar del av 50 § krigssjukvårdskungörelsen.

9 §

Paragrafen motsvarar 51 § krigssjukvårdskungörelsen. I paragrafen har tagits in rätt för socialstyrelsen att överlåta på landstingskommun eller kommun som ej tillhör landstingskommun att registrera, för krigsplacering fördela samt krigsplacera grupper av personal m. m. Som framgått av den allmänna motiveringen (avsnitt 6.3.1) har sjukvårdshuvudmännen övertagit en allt större del av personalplaneringen för sjukvården i krig. Med den ändring som föreslås förbättras de formella förutsättningarna för en sådan utveckling.

10 §

Paragrafen motsvarar 53 § krigssjukvårdskungörelsen. Duplett av krigstjänstgöringsorder bör i fråga om personal inom den civila hälso- och sjukvården tillställas den kommun eller landstingskommun hos vilken den krigsplacerade skall tjänstgöra. I fråga om personal inom det civila hälsoskyddet bör duplett av krigstjänstgöringsorder tillställas länsstyrelsen, som leder det civila hälsoskyddet i krig.

11 §

Paragrafen motsvarar 52 § krigssjukvårdskungörelsen.

12 §

Paragrafen motsvarar 54 § krigssjukvårdskungörelsen.

13 §

Paragrafen motsvarar 55 § krigssjukvårdskungörelsen.

14 §

Paragrafen motsvarar 56 § krigssjukvårdskungörelsen.

10.5 Förslaget till lag om civil veterinärverksamhet i krig m. m.

År 1966 utvidgades krigssjukvårdslagen till att i vissa avseenden även omfatta den civila veterinärverksamheten i krig. När krigssjukvårdslagen upphör måste därför bestämmelser om den civila veterinärverksamheten i krig meddelas i särskild ordning. Vi föreslår att detta sker i form av en lag och en förordning om civil veterinärverksamhet i krig m. m. Betydande redaktionella och språkliga justeringar av berörda delar av krigssjukvårdslagen har därvid vidtagits. I sak föreslås två viktiga ändringar; att bestämmelserna om den militära direktivrätten respektive om samverkan inom totalförsvaret slopas. I fråga om den militära direktivrätten har vi funnit att denna kan avskaffas på veterinärverksamhetens område på samma sätt som för den civila hälso- och sjukvården (allmän motivering, avsnitt 9.2.6). Samverkan mellan militära och civila myndigheter förutsätts i fråga om veterinärverksamhet ske enligt de allmänna grunderna för samverkan inom totalförsvaret. Några särskilda föreskrifter härför behövs enligt vår mening inte i lagen eller förordningen.

1 §

Paragrafen motsvarar 1 § andra stycket krigssjukvårdslagen. Uttrycket "det civila veterinärväsendet" används dock inte i denna lag.

2 §

Paragrafen motsvarar 3 § 1 mom. krigssjukvårdslagen i fråga om civil veterinärverksamhet.

3 §

Paragrafen motsvarar 3 § 2 mom. krigssjukvårdslagen i fråga om civil veterinärverksamhet.

4 §

Paragrafen motsvarar 7 a § krigssjukvårdslagen ifråga om civil veterinärverksamhet.

5 §

Paragrafen motsvarar 6 § första stycket krigssjukvårdslagen i fråga om civil veterinärverksamhet.

6 §

Paragrafen motsvarar 7 § fjärde stycket krigssjukvårdslagen.

7 §

Paragrafen motsvarar 8 § krigssjukvårdslagen i fråga om veterinärpersonal.

Se vidare kommentar till 1 § lagen om tjänsteplikt för hälso- och sjukvårdspersonal m. m.

8 §

Paragrafen motsvarar 10 § krigssjukvårdslagen i fråga om veterinärpersonal. Se vidare kommentar till 4 § lagen om tjänsteplikt för hälso- och sjukvårdspersonal.

9 §

Paragrafen motsvarar 11 § krigssjukvårdslagen i fråga om civil veterinärverksamhet. Se vidare kommentar till 5 § lagen om tjänsteplikt för hälso- och sjukvårdspersonal m. m.

10.6 Förslaget till krigsveterinärförordning

Krigsveterinärkungörelsen föreslås ersatt av en krigsveterinärförordning, som utfärdas med stöd av den föreslagna lagen om civil veterinärverksamhet i krig m. m. Förordningen har sakligt sett i stora delar samma innehåll som den tidigare kungörelsen. Vissa redaktionella och språkliga ändringar har gjorts. Även vissa ändringar i sak har vidtagits. Som en följd av vad som inledningsvis anförts i avsnitt 10.5 har bestämmelserna om samverkan och om militär direktiv rätt (7 respektive 8–10 §§ krigsveterinärkungörelsen) fått utgå.

1 §

Paragrafen motsvarar 1 § krigsveterinärkungörelsen.

2 §

Paragrafen motsvarar 2 § krigsveterinärkungörelsen. Begreppet "beredskapslaboratorier" har ersatts av "laboratorier" utan att detta innebär någon ändring i sak (se även 7 och 10 §§ nedan).

3 §

Paragrafen motsvarar 4 § krigsveterinärkungörelsen.

4 §

Paragrafen motsvarar 3 § krigsveterinärkungörelsen.

5 §

Paragrafen motsvarar 5 § krigsveterinärkungörelsen. Föreskriften att lantbruksstyrelsen kan bestämma att flera biträdande krigstjänsteveterinärer skall finnas inom ett krigsveterinär område har fått utgå.

I andra stycket har angivits att krigstjänsteveterinär har det närmaste

inseendet över livsmedelskontrollen endast i den mån denna icke faller inom stadsveterinärs eller besiktningsveterinärs ansvarsområde.

6 §

Paragrafen motsvarar 6 § krigsveterinärkungörelsen. Orden "medicinalpersonal för den civila veterinärverksamheten" i paragrafens första stycket har ersatts av "civil veterinärpersonal". Jämför kommentar till 5 § lagen om kommunal beredskap vad avser civilbefälhavares och länsstyrelses rätt att fatta beslut om omfördelning av förnödenheter.

7 §

Paragrafen motsvarar 11 och 12 §§ krigsveterinärkungörelsen. Begreppet "beredskapslaboratorier" har ersatts med "laboratorier".

8 §

Paragrafen motsvarar 13 § krigsveterinärkungörelsen.

9 §

Paragrafen motsvarar 14 § krigsveterinärkungörelsen. Ordet "medicinalpersonal" har ersatts med "veterinärpersonal" och ordet "krigstjänsteläkarens" med "distriktsöverläkarens". Lantbruksstyrelsen kan meddela närmare anvisningar utan att bestämmelser härom intas i förordningen.

10 §

Paragrafen motsvarar 15 § krigsveterinärkungörelsen. Begreppet "beredskapslaboratorier" har ersatts med "laboratorier".

11 §

Paragrafen motsvarar 16 § krigsveterinärkungörelsen. Begreppet "veterinär medicinalpersonal" har ersatts med "veterinärpersonal".

För den som tjänstgör som sjukvårdsbiträde eller tekniskt biträde vid djursjukhus har vi funnit att kravet på yrkeserfarenhet av kvalitativa skäl bör höjas från fyra till nio månader. Av samma anledning har föreskrivits att den som avses i d) och som slutat sin tjänst innan han tjänstgjort sammanlagt två år icke skall hänföras till veterinärpersonal efter fem år från tjänstgöringens slut. Tidsgränsen fem år innebär en sänkning från tio år.

12 §

Paragrafen motsvarar 17 § krigsveterinärkungörelsen. Tveksamma fall bör avgöras av lantbruksstyrelsen i samråd med arbetsmarknadsstyrelsen och inte, som nu är fallet, hänskjutas till arbetsmarknadsstyrelsen.

13 §

Paragrafen motsvarar 18 § krigsveterinärkungörelsen.

14 §

Paragrafen motsvarar 19 § krigsveterinärkungörelsen.

15 §

Paragrafen motsvarar 20 § krigsveterinärkungörelsen.

16 §

Paragrafen motsvarar 21 § krigsveterinärkungörelsen. Lantbruksstyrelsen får i den utsträckning det behövs sända besked om krigsplacering till den hos vilken den krigsplacerade skall tjänstgöra utan att detta anges i paragrafen.

17 §

Paragrafen motsvarar 22 § krigsveterinärkungörelsen. Ordet "kopia" har dock ändrats till "duplett", eftersom en med originalet likvärdig handling avses.

18 §

Paragrafen motsvarar 23 § krigsveterinärkungörelsen.

19 §

Paragrafen motsvarar 24 § krigsveterinärkungörelsen.

20 §

Paragrafen motsvarar 25 § krigsveterinärkungörelsen.

10.7 Förslaget till lag om ändring i allmänna tjänstepliktslagen

2 §

Orden "hälso- och sjukvårdens samt veterinärverksamhetens behov av medicinalpersonal" har, som en följd av vårt val av terminologi, ersatts av "den civila hälso- och sjukvårdens, det civila hälsoskyddet samt den civila veterinärverksamhetens behov av personal".

10.8 Förslaget till förordning om ändring i beredskapskungörelsen

5 §

Orden "det allmänt civila medicinalväsendet" har, som en följd av vårt val av

terminologi, ersatts av "den civila hälso- och sjukvården" och "det civila veterinärväsendet" ersatts av "den civila veterinärverksamheten".

9 §

I paragrafens 1 mom. anges vilka författningar som skall tillämpas vid beredskapslarm. Till dessa hör krigssjukvårdslagen, som föreslås utgå och ersatt av bestämmelser lagen om kommunal beredskap, lagen om tjänsteplikt för hälso- och sjukvårdspersonal m. m. samt lagen om civil veterinärverksamhet. Dessa lagar har därför tagits in i paragrafen i stället för krigssjukvårdslagen.

I paragrafens 2 mom. anges vissa förordningar som skall tillämpas vid beredskapslarm, bl. a. krigssjukvårdskungörelsen och krigsveterinärkungörelsen. Eftersom krigssjukvårdskungörelsen föreslås ersatt av bestämmelser i kommunala beredskapskungörelsen, förordningen om tjänsteplikt för hälso- och sjukvårdspersonal m. m. samt krigsveterinärkungörelsen av krigsveterinärförordningen har nödvändig följdändring gjorts i paragrafen.

10 §

Orden "medicinalpersonal" jämlikt 9 § krigssjukvårdslagen i den omfattning som följer av 8 § samma lag" har som en följdändring ersatts av "hälso- och sjukvårdspersonal jämlikt lagen om tjänsteplikt för hälso- och sjukvårdspersonal m. m. samt dels om tjänsteplikt för veterinärpersonal jämlikt lagen om civil veterinärverksamhet i krig m. m.".

13 §

Orden "det allmänt civila medicinalväsendet" har, som en följd av vårt val av terminologi, ersatts av "den civila hälso- och sjukvården, det civila hälso-skyddet eller den civila veterinärverksamheten".

10.9 Förslaget till förordning om ändring i förordning med instruktion för socialstyrelsen

5 §

Som en följd av vårt val av terminologi har följdändringar skett i paragrafens första, andra, femte, sjätte, sjunde och åttonde stycke.

Som framgått av den allmänna motiveringen (avsnitt 5.2.3) skall socialstyrelsen i krig utöver då kvarstående fredsuppgifter, kunna besluta om förflyttning av personal, patienter och förnödenheter samt i övrigt bestämma om hälso- och sjukvårdsresursernas utnyttjande med hänsyn till behovet inom särskild del av riket eller viss verksamhetsgren inom den civila hälso- och sjukvården. Detta socialstyrelsens centrala, operativa ledningsansvar för den civila hälso- och sjukvården i krig borde ingå i en särskild krigsinstruktion för styrelsen. Av denna borde också framgå de övriga uppgifter som åligger styrelsen i krig. Någon särskild krigsinstruktion för socialstyrelsen finns dock inte. En granskning av socialstyrelsens uppgifter, organisation

m. m. i krig pågår inom styrelsen i samarbete med berörda myndigheter och organisationer. I avvaktan härpå har vi inte funnit anledning ta in angivna bestämmelser i socialstyrelsens fredsinstruktion.

10.10 Förslaget till förordning om ändring i instruktion för civilbefälhavare

6 §

Vi har föreslagit att vissa bestämmelser om civilbefälhavares rätt att meddela kommuner och landstingskommuner föreskrift om bistånd och om verksamhetens bedrivande och inriktning tas in i lagen om kommunal beredskap (avsnitt 10.1 ovan, 5 och 14 §§). I CB:s instruktion har en hänvisning gjorts till dessa bestämmelser.

10.11 Förslaget till förordning om ändring i förordning med krigsinstruktion för länsstyrelserna

2 §

I lagen om kommunal beredskap (5 och 14 §§) finns bestämmelser om länsstyrelsens befogenhet att meddela kommuner och landstingskommuner föreskrift om bistånd och om verksamhetens bedrivande och inriktning. Hänvisningen härtill har tagits in i denna paragraf.

4 §

Som framgått av den allmänna motiveringen (avsnitt 5.2.1) skall länsstyrelsen inte längre leda den civila hälso- och sjukvården i krig. Länsstyrelsen skall dock oförändrat leda det civila hälsoskyddet varför orden "den allmänt civila hälso- och sjukvården" har ersatts med "det civila hälsoskyddet".

Länsstyrelsen skall oförändrat vara högsta civila totalförsvarsmyndighet inom länet och i enlighet med krigsinstruktionen 2 § verka för att största möjliga försvarseffekt uppnås. Som framgått ovan finns i lagen om kommunal beredskap (5 och 14 §§) bestämmelser om länsstyrelsens rätt att fatta beslut om bistånd mellan kommuner och landstingskommuner i vissa fall samt om länsstyrelsens rätt att meddela kommuner och landstingskommuner föreskrift i avseende på verksamhetens bedrivande och inriktning. Ansvarsfördelningen mellan länsstyrelse och landstingskommun framgår av den allmänna motiveringen (avsnitt 5.2.1). Landstingskommunen skall sålunda i en kris- eller krigssituation inte bara fatta löpande beslut av drift- eller förvaltningskaraktär. Landstingskommunen skall också – mot bakgrund av krigslänsstyrelsens övergripande beslut om inriktning och samordning av de civila försvarsansträngningarna – besluta om eventuell förflyttning av hälso- och sjukvårdspersonal, omfördelning av utrustning och förnödenheter, hemskrivning eller förflyttning av sjuka och skadade inom länet samt i övrigt besluta om ändrade principer för resursernas användande.

Länsstyrelsens ansvar för den civila hälso- och sjukvården begränsas

härigenom till ärenden som kräver beslut av länsstyrelsen i dess egenskap av högsta civila totalförsvarsmyndighet inom länet.

10.12 Förslaget till förordning om ändring i uppskovskungörelsen

22 §

Ordet "medicinalpersonal" har, som en följd av vårt val av terminologi, ersatts av "hälso- och sjukvårdspersonal, för veterinärpersonal".

10.13 Förslaget till förordning om ändring i kungörelse angående tillämpning av lagen om skyldighet för civilförsvarspliktig att tjänstgöra vid krigsmakten m. m.

3 §

Ordet "medicinalpersonal" har, som en följd av vårt val av terminologi, ändrats till "hälso- och sjukvårdspersonal eller civil veterinärpersonal."

Särskilda yttranden

1 Särskilt yttrande av experten Orrö om särskilda samarbetsorgan

Enligt bestämmelserna i krigssjukvårdskungörelsen (1955:442) skall det på central och högre regional nivå finnas särskilda samarbetsorgan för beredning av ärenden angående hälso- och sjukvården nämligen centrala sjukvårdsledningen (CSL) och regional sjukvårdsledning (RSL).

Kommittén föreslår att dessa organ skall ombildas till central och regionala sjukvårdsberedningar samt att på lägre regional nivå skall tillkomma samverkansorgan benämnda länssjukvårdsberedningar.

Efter det att bestämmelserna om CSL och RSL infördes har samverkan mellan de olika totalförsvarsmyndigheterna fördjupats och förstärkts både på central och regional nivå. De ledningsövningar som genomförs på olika nivåer har starkt bidragit till detta. Den planerade och övade samgrupperingen av samordnade organ inom de militära och civila totalförsvarsmyndigheterna har medverkat till att det undan för undan har växt fram vad man skulle kunna kalla integrerade totalförsvarsstaber. Om ärende inte kan handläggas i ordinarie samarbetsformer bildas i dessa organ arbetsgrupper med företrädare för dem som inom och utom den ansvariga myndigheten berörs av ärendet. Så snart arbetsgrupp löst den uppgift som föranlett dess tillkomst upplöses gruppen (Bestämmelser och anvisningar för kanslitjänsten vid krigsorganiserad civil myndighet; avsnitt 4).

Det är enligt min mening svårt att finna fog för att just sjukvården har en sådan särställning inom totalförsvaret att den har behov av permanenta formaliserade samverkansorgan. Andra viktiga områden, inom vilka behov av nära nog ständig och omfattande samverkan finns, är exempelvis försörjning och transporter. Beredning av beslut inom dessa områden fungerar utan att man bryter sönder det fastlagda myndighetsansvaret med permanenta specialorgan.

I olika beslut har statsmakterna understrukt betydelsen av samverkan inom totalförsvaret. Av grundläggande natur är därvid ett uttalande i målsättningen för totalförsvaret, som antogs år 1972 och bekräftades av statsmakterna år 1977. Det heter i målsättningens slutpunkt att totalförsvarets olika delar skall samverka och understödja varandra i syfte att nå största möjliga försvarseffekt.

Regeringen har vidare i förordningen (1977:55) om vissa statliga myndigheters beredskap m. m. föreskrivit (6 §) att myndighet skall samordna sin

planering med planeringen vid andra civila och militära myndigheter inom totalförsvaret.

I sina anvisningar för den operativa krigsplanläggningen inom totalförsvarets civila delar har regeringen lämnat ytterligare föreskrifter i dessa hänseenden. Bl. a. skall central totalförsvarsmyndighet leda och samordna verksamheten inom sitt ansvarsområde. Det skall därvid eftersträvas att den centrala ledningen gentemot de regionala myndigheterna blir enhetlig och samordnad. För de regionala nivåerna gäller bl. a. att civilbefälhavare i samråd med militärbefälhavare utarbetar sin grundsyn på försvarsplaneringen inom civilområdet och delger denna berörda myndigheter. Motsvarande skall inom län gälla för länsstyrelse och försvarsmaktens lägre regionala chefer.

Slutligen förtjänar nämnas att i instruktionerna för totalförsvarsmyndigheterna regelmässigt finns föreskrifter om samråd och samverkan. På initiativ i totalförsvarets chefsnämnd har dessutom år 1978 givits ut en sammanställning av de föreskrifter som gäller för samordning och samverkan inom och mellan totalförsvarets myndigheter och den gemensamma syn som i dessa hänseenden numera föreligger inom myndigheterna, Samverkan inom totalförsvaret (SAMT).

Erfarenheter från olika övningar och spel har visat att de föreskrivna samverkansorganen på sjukvårdsområdet, nämligen CSL och RSL inte lämnat det stöd som avsetts. Tveksamhet har i stället uppstått om rollfördelning och ansvarsförhållanden.

Det föreligger enligt min mening en uppenbar risk att under kris- och krigsförhållanden de redan föreskrivna och nu föreslagna beredningsorganen medför oklara ansvarslinjer. Sådana organ börjar av erfarenhet att leva sitt eget liv och uppfattar sig själva och uppfattas ofta av omgivningen som självständiga lednings- och beslutsorgan vid sidan av dem som av statsmakterna tilldelats denna funktion i olika nivåer. De skulle också binda personella resurser inom de integrerade totalförsvarsstaberna som eljest skulle kunna utnyttjas mera flexibelt.

Dessa antaganden verifieras från olika totalförsvarsövningar och spel.

Att införa en ytterligare nivå, den föreslagna länssjukvårdsberedningen, innebär enligt min mening en ytterligare byråkratisering och komplicering av berednings- och ledningssystemet som bör undvikas. I det sammanhanget vill jag peka på vad statsmakterna uttalade vid den senaste kommunallagsreformen (prop. 1975/76:187, prop. 1976/77:1, KU 1976/77:25, rskr 1976/77:148) nämligen att största möjliga frihet bör föreligga för kommuner och landstingskommuner att anpassa sina arbetsformer till de lokala förutsättningarna. Detta gäller naturligtvis än mera i ofärdstider. En byråkratisering och formalisering av arbetsformerna för hälso- och sjukvården i krig motverkar den av statsmakterna angivna i det föregående citerade inriktningen.

Jag föreslår mot bakgrund av det här anförda, att bestämmelserna om de särskilda samarbetsorganen för beredning av ärenden angående hälso- och sjukvården (CSL och RSL) skall upphöra att gälla samt att en ny samverkansinstans inte skall föreskrivas. För samverkan på central nivå bör socialstyrelsen såväl i fred – liksom nu – som under beredskapstillstånd och krig utnyttja det till styrelsen knutna beredskapsrådet. I mån av behov kan i de

olika myndigheternas instruktioner införas bestämmelser för att förstärka de bestämmelser som har citerats i det föregående.

2 Särskilt yttrande av experterna Lundgren och Orrö om ansvaret för de s. k. omfördelningstransporterna

Huvuddelen av de s. k. omfördelningstransporterna (transporter mellan sjukvårdsanläggningar) i krig torde enligt överbefälhavarens bedömning ske mellan civila sjukhus. Överbefälhavaren har därför föreslagit att huvudansvaret för planläggning och krigsorganisering av dessa transportresurser förs över från försvarsmakten till civila myndigheter. Delar av det s. k. produktionsansvaret skulle dock alltför kunna åligga militära myndigheter.

Kommittén föreslår att ansvaret för dessa transporter liksom för närvarande skall åvila försvarsmakten. Den anser att det f. n. inte heller torde finnas praktiska förutsättningar för förändrade ansvarsförhållanden inom totalförsvaret. Vid en kommunalisering av civilförsvarets sjukvårdstjänst, vid vilken civilförsvarets sjuktransporter torde komma att föras över till kommuner och landsting ter det sig enligt kommittén naturligt att i det sammanhanget ånyo pröva överbefälhavarens förslag.

Enligt vår mening måste sjuktransporterna ses som ett viktigt led i ett sjukvårdssystem om det skall fungera väl. Detta gäller både i fred och krig.

Omfördelningstransporterna är i många fall en riksangelägenhet (central nivå). Enligt sin instruktion är socialstyrelsen central förvaltningsmyndighet för ärenden som rör bl. a. hälso- och sjukvård. Styrelsen har vidare särskilt att bl. a. ha tillsyn över sjuktransportväsendet. Slutligen skall styrelsen i krig utöva den centrala ledningen av den civila hälso- och sjukvården.

Liksom överbefälhavaren anser vi att huvudansvaret för planläggning, krigsorganisering samt genomförande av omfördelningstransporter bör åvila civila myndigheter. På grund av det ansvar för hälso- och sjukvården som nu ligger på socialstyrelsen bör enligt vår mening det samordnande ansvaret för dessa transporter på central nivå överföras till socialstyrelsen och på regional nivå till civilbefälhavarna och sjukvårdshuvudmännen. Socialstyrelsen bör då vara programansvarig myndighet. Produktionsansvaret för de olika transportresurserna kommer, liksom nu, att åvila skilda myndigheter. Med hänsyn till stridshandlingarnas inverkan i sammanhanget och till transportregleringens betydelse inom totalförsvaret bör styrelsen samverka med överbefälhavaren, civilförsvarsstyrelsen och transportnämnden. Praktiska förutsättningar för att genomföra en sådan ordning bör skapas snarast. Vi föreslår att regeringen ger socialstyrelsen i uppdrag att i samråd med övriga berörda parter närmare utreda och lämna förslag till genomförande.

Bilaga 1 Utredningens direktiv; utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde 1976-12-30

Utredning om sjukvården i krig

Statsrådet Troedsson anför.

1974 års försvarsutredning har i betänkandet (SOU 1976:5) Säkerhetspolitik och totalförsvaret gjort bl. a. följande uttalande om sjukvården i krig (s. 248).

”Försvarsutredningen vill i detta sammanhang understryka betydelsen av att ansvar i fred för viss verksamhet bör följas av ansvar att förbereda, genomföra och leda samma verksamhet i krig. Därav följer att sådana åtgärder bör vidtagas att sjukvårdshuvudmännen kan åläggas sin del av ansvaret för ledning och drift av sjukvården även under krig liksom för förberedelser härför i fred.”

Under programmet sjukvård i betänkandet tar försvarsutredningen vidare upp behovet av en effektiv ledningsorganisation för sjukvård och sjuktransporter, utbildningen avseende hälso- och sjukvård i krig för berörd personal, uthålligheten rörande sjukvårdsmateriel och läkemedel samt skyddet för avgörande sjukhusfunktioner, främst den kirurgiska verksamheten. Avslutningsvis anmäler utredningen att en närmare undersökning måste göras av dels hur finansieringen av sjukvårdens beredskapsåtgärder bör ske, dels vilka administrativa och författningsmässiga åtgärder som erfordras.

Genom beslut den 8 juli 1971 uppdrogs åt socialstyrelsen att i samarbete med bl. a. olika myndigheter inom totalförsvaret göra en total översyn av krigsorganisationen för den allmänt civila hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen överlämnade hösten 1974 betänkandet (stencil) Utredning om hälso- och sjukvård i krig, perspektivplan 1976/85. Därefter har socialstyrelsen bl. a. gjort en översyn av gällande lagar och andra författningar som berör krigssjukvården. Denna har hösten 1976 redovisats i en rapport (socialstyrelsen, stencil) Ansvar för och ledning av sjukvården i krig.

I anslutning till sistnämnda rapport har socialstyrelsen i skrivelse den 29 oktober 1976 hemställt, att en särskild utredning tillsätts med uppgift att på ett övergripande sätt utreda frågan om ansvaret för och ledningen av sjukvården i krig.

Överbefälhavaren beordrade i juni 1975 en översyn av försvarsmaktens krigssjukvård. Med anledning härav har delrapporter lämnats till överbefälhavaren i januari, februari och november 1976.

Mot bakgrund av det anförda föreslår jag att en kommitté tillsätts för att utreda frågan om sjukvården i krig på grundval av det av försvarsutredningen

och socialstyrelsen samt till överbefälhavaren redovisade materialet. Målsättningen för arbetet bör vara att sjukvårdens fredsresurser i största möjliga utsträckning skall användas i krig samt att den i fred gällande sjukvårdslagstiftningen bör utgöra grunden för de bestämmelser som skall gälla i krig. I möjligaste mån bör ett enhetligt ansvar för verksamheten i fred och krig eftersträvas.

De sakkunniga bör samråda med utredningen om ny lagstiftning för hälso- och sjukvården (S 1975:04) och övriga utredningar om fredssjukvården samt med utredningar inom totalförsvarssektorn, som berör sjukvården i krig. En i ärendet inom försvars- och socialdepartementen den 20 oktober 1976 upprättad promemoria bör därvid beaktas.

Utredningsarbetet bör bedrivas skyndsamt.

*Underbilaga till bilaga 1***Parlamentarisk utredning om ansvars-, finansierings- och lagstiftningsfrågor m. m. avseende sjukvården i krig¹****1 FU 74 om sjukvården i krig**

I sitt betänkande (SOU 1976:5) "Säkerhetspolitik och totalförsvar" har 1974 års försvarsutredning (FU 74) i kapitlet "Riktlinjer för totalförsvarets fortsatta utveckling" gjort vissa uttalanden om sjukvården i krig.

FU 74 konstaterar bl. a. att ansvaret för planläggning och omställning till krigsorganisation av den allmänt civila hälso- och sjukvården åvilar sjukvårdshuvudmännen utgående från av socialstyrelsen meddelade anvisningar. Sjukvårdshuvudmännen ansvarar även för driften av den krigsorganiserade civila sjukvården, medan däremot ledningen i övrigt vid krigsorganisering övergår till länsstyrelserna. Dessa konstateranden föranleder följande uttalande från utredningen:

"Försvarsutredningen vill i detta sammanhang understryka betydelsen av att ansvar i fred för viss verksamhet bör följas av ansvar att förbereda, genomföra och leda samma verksamhet i krig. Därav följer att sådana åtgärder bör vidtagas att sjukvårdshuvudmännen kan åläggas sin del av ansvaret för ledning och drift av sjukvården även under krig liksom för förberedelser härför i fred."

FU 74 pekar på behovet av en effektiv ledningsorganisation för att resurserna för sjukvård och sjuktransporter skall kunna utnyttjas rationellt. Utredningen bedömer därvid nuvarande organisation med en central (CSL) och en högre regional (RSL) sjukvårdsledning som i princip lämplig. Dock anser FU 74 att

"sjukvårdshuvudmännen bör tillförsäkras erforderligt inflytande i dessa organ. På sätt som motsvarar den högre regionala sjukvårdsledningen bör det övervägas att organisera en lägre regional sjukvårdsledning med representanter för försvarsområdesstab, länsstyrelse och sjukvårdshuvudmän."

FU 74 berör även sjukvårdens försörjning med läkemedel och annan materiel. Utredningen biträder försörjningsberedskapsutredningens i betänkandet "Varuförsörjning i kristid" (SOU 1975:57) framförda förslag att uthålligheten avseende sjukvårdsmateriel och läkemedel bör förbättras. I detta sammanhang uttalar utredningen följande:

"Försvarsutredningen vill i detta sammanhang vidare förorda att sjukvårdshuvud-

¹ PM upprättad vid försvarsdepartementets samordningsavdelning 1976-10-20.

männen får ett ökat ansvar för den beredskapslagrade materiel som avses för bl. a. beredskapssjukhusen.”

FU 74 behandlar avslutningsvis finansieringen av beredskapsåtgärderna inom sjukvården och uttalar sig på följande sätt:

”Rörande sjukvården i krig vill försvarsutredningen avslutningsvis anmäla att en närmare undersökning måste göras av dels hur finansieringen av sjukvårdens beredskapsåtgärder bör ske mot bakgrund av här angiven inriktning, dels vilka administrativa och författningsmässiga åtgärder som erfordras.”

2 Pågående utredningar m. m. av betydelse för sjukvården i krig

För närvarande pågår ett flertal utredningar som direkt eller indirekt berör sjukvården i krig. Det rör sig om såväl offentliga utredningar som myndighetsutredningar.

2.1 Utredningar som direkt berör sjukvården i krig

Utredningen om sjukvården i krig (USK)

Socialstyrelsen (SoS) fick efter framställning till regeringen 1971-07-08 i uppdrag att i samarbete med vissa myndigheter och organisationer göra en utredning om den civila hälso- och sjukvården i krig. Utredningen skulle göras i form av en perspektivplan. En sådan plan lämnades i november 1974 till regeringen som i sin tur lämnade den vidare till den sakkunnige för studier av övrigt totalförsvar (ÖTF-studierna). Resultaten arbetades in i ÖTF-studiernas slutrapport (Fö Stencil 1975:7) och kom därmed senare att bli granskade av FU 74. USK:s arbete har därefter huvudsakligen kommit att gälla en vidareutveckling av den tidigare inlämnade perspektivplanen. Som en del i USK-arbetet har vidare en särskild studie rörande ansvarsfördelning, ledning och författningsfrågor genomförts av direktören Fredrik Lindencrona (PM 1976-06-15), Landstingskommunernas ansvar för sjukvården i krig m. m.).

Enligt vad som uppgivits avser SoS att i oktober 1976 till regeringen överlämna Lindencronas studie jämte egna ställningstaganden i ärendet. USK:s slutrapport om perspektivplaneringen kommer att lämnas in före årsskiftet 1976/77.

Utredningen om försörjning med förbrukningsmateriel (UFF)

SoS fick efter framställning till regeringen – och på tillskyndan av försörjningsberedskapsutredningen – 1974-01-11 i uppdrag att skyndsamt utreda behovet av olika slag av sjukvårdsmateriel under en avspärnings- och/eller krigsperiod. SoS genomför utredningen under medverkan av överstyrelsen för ekonomiskt försvar (ÖEF). Arbetsläge och vissa preliminära resultat har redovisats i SoS' programplan avseende försvarsverksamheten 1977/78–1981/82. En första, separat UFF-rapport beräknar SoS komma att lämna in våren 1978. Därefter kommer ytterligare UFF-rapporter att redovisas.

Materielberedskapsutredningen och Sörmlandsförsöken

SoS beredskapslagrar f. n. sådan utrustning som utöver befintlig fredsutrustning behövs inom beredskapssjukhusorganisationen m. m. Det rör sig bl. a. om operations- och röntgenutrustningar.

SoS överlämnade i maj 1972 ett förslag till framtida organisation avseende den försvarsmedicinska materielberedskapen. Förslaget gick ut på att all regional och lokal materielförvaltning skulle överföras till sjukvårdshuvudmännens ansvarsområde, medan SoS i central instans skulle behålla ansvaret för sådan specifik beredskapsutrustning som normalt inte förekommer inom sjukvårdshuvudmännens verksamhet.

Efter en remissomgång uppdrog regeringen 1973-06-29 åt SoS att genomföra en försöksverksamhet för att klarlägga kostnader och studera erforderliga rutiner i samband med ett genomförande av materielberedskapsutredningens förslag. Försöken genomfördes inom Södermanlands läns landsting.

SoS redovisade resultaten av försöken med skrivelse till socialdepartementet 1976-01-23. SoS bedömde materialet från försöksverksamheten som tillräckligt för ett principbeslut enligt materielberedskapsutredningens intentioner. Omfattningen av och formerna för sjukvårdshuvudmännens ökade ansvar måste dock enligt SoS bli föremål för förhandlingar med dessa.

Ett överförande bedömdes kunna ske för högst fyra landsting om året med början 1979. Överförande skulle därmed vara klart tidigast 1986/87.

Regeringen har inte tagit ställning till SoS skrivelse.

Översyn av försvarsmaktens krigssjukvård (FÖSK)

Överbefälhavaren (ÖB) har i skrivelse 1975-06-13 Kvm 081 beordrat en översyn av försvarsmaktens sjukvård i krig och lämnat direktiv i form av utredningsuppdrag till försvarsgrenscheferna, chefen för försvarsstaben, (C Fst), chefen för försvarets sjukvårdsstyrelse (C SjvS) och chefen för värnpliktsverket (C VPV).

Försvarsgrenscheferna fick i uppdrag att dels medverka i av C SjvS och C VPV bedrivet arbete, dels på grundval av från C Fst överlämnad idéskiss och kommande programplaneringsdirektiv utarbeta krigsorganisation samt förslag till utbildningsgångar och utbildningsorganisation.

C Fst fick i uppdrag att bl. a.

- i samråd med berörda myndigheter kartlägga utvecklingen inom sjuktransportområdet och lämna förslag till ansvarsfördelning och omfattning av en så långt möjligt samordnad sjuktransportorganisation och
- samordna översynen med övrig pågående studieverksamhet inom sjukvårdsområdet.

C SjvS fick i uppdrag att i samråd med bl. a. berörda civila myndigheter och organisationer utarbeta förslag till bl. a.

- ÖB:s grundsyn på krigssjukvården, samt förslag till eventuella ändringar av nu gällande ansvarsfördelning inom totalförsvaret
- en ledningsorganisation som tillgodoser samordningsbehoven inom totalförsvarets sjukvårdsorganisationer

- försvarsmaktens krav på totalförsvarets sjukvårdsorganisationer i övrigt.

SjvS har lämnat en delrapport från översynsarbetet i januari 1976 med preliminära slutsatser och förslag i ovannämnda hänseenden. Rapporten har remissbehandlats. En andra studieetapp pågår fram till 1976-12-01.

Fst har beträffande sjuktransporterna lämnat motsvarande delrapport med skrivelse C Fst 1976-02-27 K nr H 081.

ÖB har också översett ledningen av underhållstjänsten i krig inom försvarsmakten på central och regional nivå (ÖB 1976-06-23 Kvm H 300 och ÖB 1976-06-23 Kvm H 300:1) och därvid bl. a. föreslagit vissa organisatoriska förändringar av CSL och RSL samt lämnat förslag på organisationen av en lägre regional sjukvårdsledning (LSL). Organisationsförslagen på central nivå har utarbetats i samråd med berörda myndigheter (socialstyrelsen, lantbruksstyrelsen och statens livsmedelsverk) och efter hörande av landstingsförbundet. På regional nivå har organisationen utarbetats av en projektgrupp i milo/civo Syd med representanter från milostab och civokansli, länsstyrelserna i M och L län och samtliga landsting i civo Syd.

FÖSK:s översynsarbete beräknas vara genomfört 1977-10-01. Genom kompletterande direktiv 1976-09-22 har emellertid arbetsplanen reviderats så att den skall kunna anpassas till en parlamentarisk utredning som tillkallas hösten 1976.

2.2 Vissa utredningar om fredssjukvården

Utredningen om ny lagstiftning för hälso- och sjukvården (S 1975:04)

Regeringen tillkallade i december 1975 sakkunniga för att utreda och lämna förslag till ny hälso- och sjukvårdslagstiftning. Avsikten är att utredningen med utgångspunkt i en övergripande målsättning för hälso- och sjukvårdspolitiken skall utarbeta en ramlagstiftning för hälso- och sjukvården i dess helhet. Utredningen skall behandla även de delar av hälso- och sjukvården som f. n. inte regleras i den gällande sjukvårdslagen. Utredningens arbete skall enligt direktiven präglas av en helhetssyn på hälso- och sjukvården och även innefatta förebyggande åtgärder. En viktig uppgift för utredningen är att undanröja sådan detaljreglering i lagstiftningen som inte längre behövs. Utredningen torde komma att pågå 3-4 år. Nya lagar torde inte vara i kraft förrän tidigast i början på 1980-talet.

Vissa andra pågående utredningar som kan vara av viss betydelse i sammanhanget är medicinalansvarskommittén (S 1974:02), regionsjukvårdsutredningen (S 1974:07), hälsovårdsstadgeutredningen (S 1974:07) och företagshälsovårdsutredningen (A 1968:01).

Utredning om företagshälsovården inom försvarsmakten

C SjvS fick i maj 1975 regeringens uppdrag att utreda företagshälsovården inom försvarsmakten. Uppdraget innebär en översyn och komplettering av en tidigare utredning från 1973. Enligt direktiven bör försvarsmaktens förbandssjukvård organiseras enligt principerna för företagshälsovård. Det förutsätts ett nära samarbete försvarsmakt-landsting för gemensamt utnytt-

jande av disponibla resurser. Avsikten är att C SjöS skall lämna in resultatet av sin utredning hösten 1976.

2.3 Vissa utredningar m. m. inom totalförvarssektorn

Provplanläggning avseende landstingskommunal beredskap

I fråga om beredskapsplanläggningen av landstingens verksamhet vid sidan av sjukvården fick riksnämnden för kommunal beredskap 1974-02-15 regeringens uppdrag att låta göra en provplanläggning av den landstingskommunala beredskapen inom en landstingskommun. Provplanläggningen har genomförts inom Östergötlands läns landsting. En beredskapsplan för E-landstinget har upprättats. Riksnämnden har lämnat in bl. a. författnings- och finansieringsförslag till regeringen i september 1976.

Förvarsutredningen har förordat att landstingen inordnas i den kommunala beredskapsplanläggningen. I direktiven för programplaneringen 1976-03-11 har regeringen uttalat att en landstingskommunal beredskapsplanläggning skall ske och att den bör påbörjas så snart det finns författningsmässiga och andra förutsättningar. Enligt riksnämndens bedömning bör dessa kunna föreligga hösten 1977.

Utredningen om kommunanknutet civilförsvaret

Civilförvarsstyrelsen gjorde i anslutning till sin senaste perspektivplan tillsammans med övriga berörda centrala myndigheter en studie angående kommunanknutet civilförsvaret. FU 74 har bl. a. med anledning härav uttalat sig positivt om en starkare koppling mellan civilförsvaret och kommunal verksamhet. Ytterligare utredningar – som kan anses bli relativt omfattande och djupgående – krävs dock innan beslut om en sådan starkare koppling kan fattas. Det är förutsatt i regeringens programplaneanvisningar att ett kommunanknutet civilförsvaret inte kan börja förverkligas före budgetåret 1982/83.

Personaltillgångarnas utnyttjande inom totalförsvaret

FU 74 har uttalat att en översyn bör ske av de totala personaltillgångarnas utnyttjande inom totalförsvaret. Samtidigt bör enligt utredningen bl. a. den lagstiftning som reglerar tjänstgöringsskyldigheten inom olika delar av totalförsvaret i krig överses. Detta gäller sålunda även krigssjukvårdslagstiftningen i de delar den reglerar medicinalpersonalens tjänstgöringsförhållanden i krig.

Formerna för en översyn av det slag som FU 74 begärt övervägs f. n. inom regeringskansliet. Det är dock knappast sannolikt att en särskild utredning tillkallas för ändamålet.

3 *Parlamentarisk utredning avseende sjukvården i krig*

Mot bakgrund av FU 74:s uttalanden om sjukvården i krig (avsnitt 1 ovan) och läget i fråga om pågående utredningar, som direkt eller indirekt berör det

aktuella området (avsnitt 2 ovan) har fråga uppkommit om inte sjukvården i krig som helhet borde genomlysas av en offentlig utredning med parlamentarisk representation från såväl rikspolitiken som landstingsvärlden. Tankar i denna riktning har förts fram av ÖB och SoS vid kontakter med social- och försvarsdepartementen. I sina remissvar på Cfs' studie av ett mera kommun-anknutet civilförsvar och SjsvS' ovan nämnda FÖSK-rapport har Landstingsförbundet framhållit nödvändigheten av att de olika rapporter och det underlag som nu tas fram om sjukvården i krig sammanvägs i en övergripande, parlamentariskt sammansatt utredning.

En övergripande utredning av det slag som sålunda aktualiserats bör komma till stånd. Utredningens huvuduppgift bör vara att framlägga förslag till lösningar enligt den viljeinriktning i ansvars-, finansierings- och lagstiftningsfrågor som FU 74 gett uttryck för nämligen bl. a.

- att sådana åtgärder vidtas att sjukvårdshuvudmännen kan åläggas sin del av ansvaret för ledning och drift av sjukvården även under krig liksom för förberedelser härför i fred,
- att sjukvårdshuvudmännen tillförsäkras erforderligt inflytande i centrala sjukvårdsledningen (CSL) och regionala sjukvårdsledningen (RSL) samt att det bör övervägas att organisera en lägre regional sjukvårdsledning,
- att sjukvårdshuvudmännen får ett ökat ansvar för den beredskapslagrade materiel som avses för bl. a. beredskapssjukhusen och
- att det närmare undersöks dels hur finansieringen av sjukvårdens beredskapsåtgärder bör ske, dels vilka administrativa och författningsmässiga åtgärder som erfordras.

Den parlamentariska utredningen bör härvid sammanväga de förslag i de olika avseenden som förts fram och under den närmaste tiden förs fram av olika utredningar inom området.

Med utgångspunkt i att den ovan nämnda parlamentariska utredningen kommer till stånd diskuteras i det följande hur utredningsuppgiften bör avgränsas mot andra utredningar samt vilka tidsförhållanden som kan bli aktuella.

4 Avgränsning mot andra utredningar

4.1 Avgränsning mot utredningar som direkt berör sjukvården i krig

Utredningen om sjukvården i krig (USK)

USK kommer att redovisa ett förslag till författningsändringar i oktober 1976 och en slutrapport om perspektivplanering i december 1976. USK:s utredningsresultat bör utgöra underlag för den föreslagna parlamentariska utredningen. De delar av USK som behandlar ambitionsnivåer vad gäller sjukvården i krig torde dock komma att behandlas av FU 74. Några hinder för att ambitionsfrågorna läggs vid sidan av den föreslagna parlamentariska utredningen synes inte föreligga.

Utredningen om försörjning med förbrukningsmateriel (UFF)

I UFF studeras ambitionsfrågor avseende försörjningen med förbrukningsmateriel för sjukvården i krig. Ambitionsfrågorna är oberoende av den ansvarsfördelning och den lagstiftning i anslutning härtill som gäller för sjukvården i krig. I dessa frågor föreligger sålunda inga gränsdragningsproblem mellan UFF och den parlamentariska utredningen. I den mån UFF behandlar frågor rörande ansvaret för försörjningen med förbrukningsmateriel bör resultaten härav bilda underlag för den parlamentariska utredningen.

Materielberedskapsutredningen och Sörmlandsförsöken

Materielberedskapsutredningen och Sörmlandsförsöken är framförda så långt att SoS anser att ett principbeslut kan fattas. Enligt SoS måste dock förhandlingar genomföras med sjukvårdshuvudmännen.

FU 74 har uttalat att sjukvårdshuvudmännen bör få ett ökat ansvar för den beredskapslagrade materiel, som avses för bl. a. beredskapssjukhusen, dvs. den materiel som materielberedskapsutredningen och Sörmlandsförsöken avser.

Den nu aktuella parlamentariska utredningen synes vara ett lämpligt forum för att ta fram grunder för de ovan nämnda förhandlingarna.

Översyn av försvarsmaktens krigssjukvård (FÖSK)

FÖSK behandlar dels frågor sammanhörande med ansvarsfördelningen för den totala sjukvården i krig, dels frågor som rör försvarsmaktens egen sjukvårdsorganisation. De senare påverkar i relativt ringa utsträckning den parlamentariska utredningen men torde komma att påverkas av denna med hänsyn till att den parlamentariska utredningen skall behandla ansvarsfördelningen för den totala sjukvården i krig. Detta gäller t. ex. krigssjukhusen och sjuktransporterna. I detta avseende, liksom i fråga om ledningsorganisationens utformning, bör de resultat FÖSK redovisar utgöra underlag för den parlamentariska utredningen.

4.2 Avgränsning gentemot vissa utredningar om fredssjukvården

Utredningen om en ny lagstiftning för hälso- och sjukvården skall enligt anvisade direktiv arbeta utifrån en social helhetssyn på hälso- och sjukvården och därigenom även innefatta förebyggande åtgärder. En annan utgångspunkt i utredningens arbete är att undanröja onödiga detaljreglering i lagstiftningen och ge den nya hälso- och sjukvårdslagstiftningen formen av ramlagstiftning. Om sjukvårdens fredslagstiftning skall utgöra grunden även för sjukvården i krig är utredningen om en ny sjukvårdslagstiftning följaktligen av stor vikt för den parlamentariska utredningen. En avgränsning bör således diskuteras med utgångspunkt i att den parlamentariska utredningen i första hand studerar för krigssjukvården specifika frågor som kan sägas vara oberoende av en kommande ny fredslagstiftning eller lätt kan inpassas i en sådan. Hit hör frågor om huvudmannaskap och organisation av sjukvården i krig. Några

svårare avgränsningsproblem synes inte föreligga mellan de båda utredningarna.

Utredningen angående översyn av hälsovårdsstadgan har till huvudsaklig uppgift att se över hälsovårdslagstiftningen samt anpassa den till övrig lagstiftning på miljövårdens område. Utredningen väntas vara färdig under år 1977.

Då utredningens uppgift rör hälsovården och således inte sjukvården synes någon direkt anknytning till den parlamentariska utredningen inte föreligga. Något behov att här begränsa den kommande utredningen föreligger således inte.

Medicinalansvarskommittén arbetar med en allsidig översyn av ansvarsnämndens nuvarande verksamhet som innebär en för hela riket gemensam specialinstans för handläggning av ansvarsfrågor för personal inom hälso- och sjukvården. Kommitténs arbete väntas vara klart under första halvåret 1977. Av intresse för den parlamentariska utredningen kan vara om kommitténs överväganden beträffande det civila medicinalpersonalsbegreppet kan användas även för sjukvården i krig.

Regionsjukvårdsutredningen utreder regionsjukvårdens innehåll och verksamhetsformer, regionindelningen samt frågan om samverkan inom och mellan sjukvårdsregionerna. Resultatet av utredningens arbete väntas föreligga sommaren 1977.

Ur beredskapssynpunkt vore det önskvärt om regionsjukvårds- och civilområden sammanföll. Några större förändringar av de nuvarande regionssjukvårdsområdena är dock inte att vänta. Utredningens resultat i fråga om samverkan mellan och inom sjukvårdsregionerna bör vara av intresse för den parlamentariska utredningen.

Företagshälsovårdsutredningen skall arbeta med utgångspunkt i att företagshälsovården huvudsakligen bör vara förebyggande. När det gäller behovet av sjukvård bör det i största möjliga utsträckning tillgodoses inom den offentliga primärsjukvården. Någon begränsning mot denna utredning synes därför inte vara nödvändig.

Utredningen om den fredsmässiga förbandssjukvården

Utredningen påverkas endast i ringa grad av den parlamentariska utredningen.

4.3 Vissa utredningar m. m. inom totalförvarssektorn

Planläggning avseende landstingskommunal beredskap

Riksnämnden för kommunal beredskap har lämnat in upprättad beredskapsplan för landstinget i E-län jämte därav föranledda förslag, bl. a. författnings- och finansieringsförslag till regeringen i september 1976. Förslagen har remitterats och lagförslag förutsätts föreläggas riksdagen under våren 1977.

De lösningar som den parlamentariska utredningen kommer att anvisa för

hälso- och sjukvårdens ledning och drift under krig kommer att i betydande grad påverka både den landstings- och den primärkommunala beredskapsplanläggningens innehåll. Oavsett detta förhållande bör dock landstingen snarast inordnas i den kommunala beredskapsplanläggningen, varvid nuvarande ansvarsförhållanden etc. får tas till utgångspunkt. Sedan den parlamentariska utredningen lagt sina förslag och ändringar i ansvar etc. genomförts får såväl landstingens som primärkommunernas planläggning anpassas till de nya förhållandena. Den parlamentariska utredningen om sjukvården i krig bör således inte fördröja landstingens inordnande i den kommunala beredskapsplanläggningen. En förutsättning för att sjukvårdshuvudmännen skall kunna ta ett ökat ansvar för sjukvården i krig torde i stället vara att en landstingskommunal beredskapsplanläggning har kommit igång.

Utredning om kommunanknutet civilförsvar

Cfs har föreslagit att den studie avseende ett mera kommunanknutet civilförsvar som lämnades in till regeringen i anslutning till perspektivplan del 2 förs vidare i en myndighetsövergripande och mera djupgående utredning. I studien förordnades bl. a. att frågan om civilförsvarets sjukvårdskårs överförande till landstingskommunalt huvudmannaskap blir föremål för prövning. Därvid ansågs också sjuktransportorganisationen och ansvaret för denna böra granskas. F. n. övervägs inom regeringskansliet på vilka sätt en utredning om kommunanknutet civilförsvar skall bedrivas.

En utredning om kommunanknutet civilförsvar – med bl. a. ovannämnda uppgifter vad gäller sjukvården – skulle onekligen ha betydelse för den parlamentariska utredningen om ansvars-, finansierings- och lagstiftningsfrågorna avseende den civila sjukvården i krig. Avgränsningsfrågan kan lösas på två olika sätt. Antingen bryts sjukvårdsfrågan ut ur utredningen om kommunanknutet civilförsvar och läggs på den parlamentariska utredningen eller också får utredningen om kommunanknutet civilförsvar behandla frågan som därmed kommer att utgöra en avgränsning av den parlamentariska utredningen. Av dessa alternativ är det förstnämnda att föredra. Under alla förhållanden är ett nära samarbete mellan de två utredningarna nödvändigt.

Personaltillgångarnas utnyttjande inom totalförsvaret

Den utredning (motsv.) som eventuellt kommer att göras om personaltillgångarnas utnyttjande inom totalförsvaret torde bl. a. komma att behandla personalbehov och -tillgångar för sjukvården i krig. Härvid kan det bli aktuellt att se över medicinalpersonalbegreppet. Avgränsningsfrågan kan lösas på två olika sätt. Antingen bryts sjukvårdens personalfrågor ut ur den parlamentariska utredningen och läggs på en eventuell utredning om personaltillgångarnas utnyttjande eller också får den parlamentariska utredningen behandla frågan som därmed avskiljs från rubricerade utredning. Vilket av alternativen som bör väljas beror givetvis på om en utredning om personaltillgångarnas utnyttjande tillkallas. Om så sker bör denna behandla alla personalfrågor. Som tidigare har anförts torde dock översynen komma att

ske i andra former än en utredning.

Frågor rörande utbildning av medicinalpersonal för uppgifter i krig bör inte behandlas av den parlamentariska utredningen.

5 Tidsförhållanden, sammansättning m. m.

Den föreslagna parlamentariska utredningen om ansvars-, finansierings- och lagstiftningsfrågor m. m. vad gäller sjukvården i krig bör tillkallas så snart SoS redovisat USK:s arbete avseende sjukvårdslagstiftningen, vilket beräknas ske i oktober 1976. Den bör tillkallas av socialministern.

Utredningens huvuduppgift bör som ovan nämnts vara att lägga fram förslag till lösningar enligt den viljeinriktning som FU 74 gett uttryck för. Med hänsyn till angelägenheten av att denna reform genomförs bör utredningen inte avvakta resultatet av den pågående utredningen om ny lagstiftning för hälso- och sjukvården i krig (S 1975:04). Detta innebär att utredningens arbete skall utgå från den nuvarande fredslagstiftningen och ta sig uttryck i förslag till erforderliga ändringar i krigssjukvårdslagen och krigssjukvårdskungörelsen. Med hänsyn härtill torde utredningens arbete kunna genomföras så att förslag kan föreläggas 1978/79 års riksdag.

Utredningen bör som tidigare sagts vara parlamentarisk med representation från såväl rikspolitiken som landstingsvärlden. Till utredningen bör knytas experter från olika "intressenter" (viktigare totalförsvarsmyndigheter) samt experter vad gäller finansierings- och lagstiftningsfrågor.

Bilaga 2 Sjuktransport med helikopter¹

1 Inledning

Helikoptertransport erbjuder – vid en jämförelse med markbundna sjuktransporter – i många fall obestridliga fördelar. Helikoptrar används också regelmässigt i fred för sjuktransporter i bl. a. Israel, Nya Zeeland, Schweiz, USA och Västtyskland. Under Korea- och Vietnamkrigen samt i Mellan-östern har helikoptrar bidragit till att effektivisera omhändertagandet av stridsskadade.

Även i Sverige används helikoptrar i viss utsträckning för sjuktransporter i fred. Transporterna genomförs huvudsakligen av vissa privata företag och av försvarsmakten samt, i mindre omfattning, av polisen. Inga helikoptrar i landet används dock enbart eller ens huvudsakligen för sjuktransporter. Inte heller i krig är några helikoptrar avdelade exklusivt för sjuktransporter. Sjuktransporter är i en sådan situation ett av många angelägna användningsområden.

Behovet av och möjligheterna att i större utsträckning än nuvarande totala helikoptertillgång bedömts kunna medge använda helikoptrar för sjuktransporter i krig – främst akuttransporter av militära skadefall – har behandlats i flera sammanhang. Kostnaderna härför har hittills dock bedömts alltför stora för att kunna rymmas inom de ekonomiska ramar som totalförsvaret disponerar.

2 Utredningar och studier

2.1 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen framhöll i sin perspektivplan Hälso- och sjukvården i krig 1976/85 att en radikal förändring var önskvärd inom försvarsmaktens sjuktransportorganisation, så att snabbare undanförsel av skadade i stridsområde kunde ske för att undvika överbelastning av operations- och vårdresurserna i de frontnära områdena. "Detta är endast möjligt om sjukvårdskapaciteten på djupet kan utnyttjas. Härför erfordras emellertid god tillgång till flygtransporter fördelade på såväl helikoptrar som konventionellt transportflyg. Inom nu gällande ekonomiska ramar torde utrymme för sjuktransportflyg av denna art icke kunna erbjudas" (sid 40).

Flygtransporter med helikoptrar bedömdes under den aktuella perioden

¹ För denna bilaga svarar utredningens sekreterare.

(1976/85), på grund av den ringa tillgången på sådana, endast kunna utnyttjas för svårt skadade, även om denna transportform är den för patienten skonsammaste.

Viktiga egenskaper som påverkar avvägningen mellan olika transportsystem är uthållighet, snabbhet och medicinsk standard. Beroende på hur kraven på olika egenskaper formuleras påverkas bl. a. valet mellan tekniskt komplicerade system (t. ex. helikoptrar) och enklare system (t. ex. bussambulanser).

Valet av transportsystem sammanhänger också direkt med valet av sjukvårdstaktisk princip. En patientrörlig taktik ställer krav på både snabbhet och hög medicinsk standard hos transportresurserna medan, vid en resursrörlig princip, transporter skadeplats – sjukhus i första hand kan bygga på landsvägstransportsystem. En satsning på helikoptertransporter är således inte lika angelägen i sistnämnda fall.

Valet av transportsystem sammanhänger emellertid inte bara med faktorer som uthållighet, snabbhet, medicinsk standard och sjukvårdstaktik. Nuvarande transporttaktik är inriktad på att lösa både när- och fjärrtransporter med hjälp av främst vägbundna transportmedel. "Detta sammanhänger bl. a. med bedömningen att en angripare relativt snart kommer att tilltvinga sig luftherraväldet. Detta medför i sin tur risk för bekämpning av flygtransporter samt förstöring av baser, framför allt i stridsområdet" (sid 118).

I fråga om utgifter för olika transportmedel görs i perspektivplanen en kostnadsjämförelse mellan civilförsvarets ambulanser och bussambulanser och en helikopterorganisation. Socialstyrelsen framhåller dock att en kostnadsjämförelse med en helikopterorganisation är svår att göra, eftersom någon sådan ännu ej finns uppbyggd inom fredssjukvården (sid 211). I ett skissartat räkneexempel, baserat på en utredning som genomförts inom Kalmar läns landsting antog socialstyrelsen att staten skulle svara för en fredstida organisation bestående av en helikopter i varje landsting. Statens kostnader härför beräknades till 3,6 milj. kr. per år eller 36 milj. kr. för hela perspektivplaneperioden. Någon sådan satsning förordades dock inte i något av de tre organisationsalternativ i olika ekonomiska nivåer, som lades fram av socialstyrelsen.

I sin programplan för hälso- och sjukvården i krig 1977/82 angav socialstyrelsen att totalförsvarets resurser för akuttransporter i stort saknar förmåga att snabbt kraftsamlas till områden med stora transportbehov och att där inom rimliga tider fördela patienter på ett större antal sjukvårdsanläggningar. Huvuddelen av akuttransporterna är av låg kvalitet och sjuktransportorganisationen är otillräcklig och alltför omodern för att kunna utföra längre kvalificerade transporter från olika invasionsområden (sid 22).

Under delprogrammet Transporter angavs som organisationsmål att "under perioden eftersträvas en bättre organisation för sjuktransporter än den nu splittrade ansvarsbilden uppvisar. Vid stora skadeutfall krävs transport av akutfall till ledig operationskapacitet inom stora geografiska områden. Transportavstånden kan här bli långa liksom transporttiden på grund av kommunikationsbekämpning. Landsvägsbundna transportmedel kan då bli medicinskt otillfredsställande. De helikoptrar som ingår i totalförsvaret bör därför utnyttjas som kompletterande akuttransportmedel" (sid 29).

I programplan för perioden 1978/83 påtalade socialstyrelsen ånyo att

”bristerna på snabba sjuktransportmedel i form av helikoptrar är påtaglig”.

Som organisationsmål för delprogrammet Transporter angavs att ”en kvalitativ upprustning sker under perioden av försvarsmaktens akuttransportresurser. Möjligheter att utnyttja olika slag av helikoptrar i totalförsvarets sjukvård prövas ingående. Förberedelser vidtas under perioden för att befintliga helikoptrar skall kunna effektivt utnyttjas för akuttransporter.” (sid 51).

I rapporten Hälso- och sjukvård i krig behandlade socialstyrelsen behovet av fortsatta utredningar och studier om totalförsvarets sjukvård. ”Inom FÖSK och USK har översiktligt studerats möjligheterna att utnyttja helikoptrar som kompletterande akuttransportmedel i krig. Helikoptrar är särskilt värdefulla därför att de i hårt belastade stridsområden medger transport av svårt skadade till sjukvårdsanläggningar med kirurgiska resurser på betydligt större avstånd från stridsområdet än vad som av tidsskäl är möjligt vid vägbundna transporter. Dessa studier bör fördjupas och samordnas. De bör vidare kombineras med studier av möjligheterna att utnyttja helikoptrar i fred samt kostnaderna härför.”

Det är att märka att socialstyrelsen i perspektiv- och programplanarbetet inte bedrev några särskilda studier avseende sjuktransporter med helikoptrar i krig. I det underlag som socialstyrelsen i november 1975 överlämnade till den sakkunnige rörande övrigt totalförsvär (ÖTF-studierna) redovisades dock ett räkneexempel i det ekonomiskt högsta organisationsalternativet. 24 medelstora helikoptrar med en kapacitet av 6 bårar/helikopter skulle enligt exemplet anskaffas. Statsbidrag (beredskapsmedel) skulle därvid utgå till landstingen för upprättande och drift av en helikopterorganisation i fred. Den totala kostnaden beräknades till 32 milj. kr. per år, varav staten skulle svara för hälften, dvs. 16 milj. kr.

Sammanfattningsvis kan konstateras, att socialstyrelsen i perspektiv- och programplaner betonat önskvärdheten av att helikoptrar i större utsträckning än f. n. kan disponeras för akuttransporter inom främst försvarsmakten. Den huvudsakliga studieinsatsen har dock avsett andra områden. Behovet av transport- och ledningskapacitet har endast översiktligt behandlats. Någon bedömning av behovet av helikoptrar för sjuktransporter inom totalförsvaret har inte gjorts, även om ett räkneexempel överlämnats till ÖTF-studierna (nedan). Socialstyrelsens förslag till organisationsalternativ i olika ekonomiska nivåer innehöll inte heller några konkreta förslag till ökad satsning på helikoptertransporter.

2.2 ÖTF-studierna

Den sakkunnige rörande övrigt totalförsvär redovisade i sin rapport tre handlingsvägar för programmet sjukvård. I den ekonomiskt högsta handlingsvägen förutsattes – i enlighet med socialstyrelsens räkneexempel – i resursläget i mitten på 1980-talet ingå 24 stycken 6-bårshelikoptrar för akuttransporter. Statens kostnader härför (hälften av driftkostnaderna och avskrivningar för 24 helikoptrar) beräknades under femårsperioden 1977/82 uppgå till 80 milj. kr. (16 milj. kr. per år; pris- och löneläge februari 1975).

2.3 Försvarets sjukvårdsstyrelse

Vid den översyn av försvarsmaktens hälso- och sjukvård i krig (FÖSK), som genomfördes under 1976/78 bedömde försvarets sjukvårdsstyrelse det som nödvändigt för försvarsmakten att disponera helikoptrar för akuttransporter.

Det operativa underlaget för sjukvårdsstyrelsens beräkningar utgjordes av fyra krigsförlopp från försvarsmaktens operativa studier 1975–77. Tre av de fyra krigsförloppen avsåg angrepp mot mobiliserad svensk försvarsmakt.

Som underlag för behovsberäkningarna användes förlustsiffror framtagna från de olika krigsförloppen med hjälp av datasimuleringssystemet MEDLOG. Följande medicinska principer tillämpades härvid. Patienter som förväntades bli transportdugliga tidigast fr. o. m. tredje dygnet efter operation borde med helikopter föras till längre tillbaka liggande sjukhus, som inte kunde nås med marktransport inom 6–8 timmar efter skadetillfället. Denna patientkategori antogs utgöra ca 25 % av samtliga operationsfall. Bland dessa 25 % återfanns också de ca 5 % som, för att överleva, erfordrade operation inom 2–4 timmar efter skadetillfället.

Genom att jämföra förlusternas storlek med tillgången på civil och militär operationskapacitet i krig inom olika delar av landet framräknades ett behov av helikoptrar avsedda enbart för akuttransporter.

Vid en avvägning mellan rörliga sjukhusenheter inom försvarsmakten och helikoptrar förordades en organisation med 10 operativt tillgängliga helikoptrar avsedda för sjuktransporter, vardera med plats för 5 liggande patienter och med möjlighet till vård eller tillsyn under transporten. Detta innebär att 14–15 helikoptrar skulle behöva disponeras för detta ändamål. Därutöver kunde finnas särskilda behov inom marinen och flygvapnet. Vid bedömningen av behovet av helikoptrar hade någon beräkning av antalet civila krigsskadade inte skett.

2.4 1974 års försvarsutredning

1974 års försvarsutredning framhöll i sitt första betänkande (SOU 1976:5) att de sjuktransportresurser som disponeras i krig med nuvarande organisation är otillräckliga. För att öka möjligheterna att påbörja behandling av skadade tillräckligt snabbt skulle det vara önskvärt att i större utsträckning kunna disponera helikoptrar för transport av skadade. Försvarsutredningen ansåg att civila och militära helikoptrar inom landet borde kunna betraktas som gemensamma tillgångar för totalförsvaret. Med ett sådant synsätt skulle helikoptertillgångarna i krig kunna utnyttjas alltefter lägets krav. Det skulle även innebära att militära helikoptrar i fred borde kunna utnyttjas i viss utsträckning för bl. a. sjuktransporter. Försvarsutredningen förordade mot denna bakgrund att möjligheterna att vid en lämplig fördelning av kostnaderna öka helikopterkapaciteten inom landet närmare undersöktes.

3 Nuvarande tillgång på och användning av helikoptrar i fred och krig

3.1 Helikoptertillgång samt användning i fred

Totalt fanns i Sverige i oktober 1977 188 helikoptrar. Av dessa var 102 civila och 86 militära. Försvarmaktens helikoptrar indelas i lätta, medeltunga och tunga. Av de civila helikoptrarna är drygt hälften (56) så små att de inte är användbara för sjuktransporter. Antalet helikoptrar och deras sjuktransportkapacitet framgår av tabell 3.1 och 3.2.

Av de 102 civila helikoptrarna ägs endast 8 av staten, varav rikspolisstyrelsen har 6 och Swedair AB 2. De 4 tyngsta civila helikoptrarna (grupp I) används i fred främst för materiel- och persontransporter i Norrland. Helikoptrarna i grupp II är mångsidigt användbara för både materiel- och passagerartransporter samt uppdrag i övrigt som helikoptrar lämpar sig för. Bell 206, av vilka 28 finns i landet och med en sjuktransportkapacitet av 2 bärar och 1 vårdare, är den typ som oftast används för fredstida ambulans- och räddningstjänst. Den minsta gruppen (grupp III) innehåller ur transportsynvinkel mindre användbara typer. Dessa helikoptrar används i regel inte för materiel- eller passagerartransporter utan utnyttjas främst för olika specialuppdrag, t. ex. rekognosering, fotografering, inspektion av kraftledning, trafikövervakning, flygningar för renskötseln m. m.

Rikspolisstyrelsen ansvarar för den med statsmedel finansierade ambu-

Tabell 3.1: Civila helikoptrar i Sverige 1977-10-01; antal och transportkapacitet

Helikoptertyp	Antal	Antal bärar	Total maximal bärkapacitet
<i>Grupp I</i>			
Tptkapacitet (inkl. bränsle); 9-11 passagerare eller 1 300-1 700 kg	4 ^a	6	24
<i>Grupp II</i>			
4-6 passagerare eller 700-900 kg	42 ^b	2	84
<i>Grupp III</i>			
1-3 passagerare eller 100-500 kg	56	0 ^c	0
Summa	102		108

Källa: Luftfartsverket skr 1977-11-22, Dnr P 393/77-1306

^a Motsvarar försvarmaktens hkp 3 (medeltung helikopter)
^b Motsvarar försvarmaktens hkp 6 (Bell 206; lätt helikopter utan bärkapacitet). Observera dock att den civila versionen av Bell 206 samt motsvarande andra helikoptrar i denna storleksklass har en sjuktransportkapacitet av 2 bärar
^c 39 av dessa kan genom speciella arrangemang (särskilda bårdörrar eller plexiglashuvar) transportera 1-2 bärar. Utrustning härför finns f. n. inte i Sverige.

Tabell 3.2: Försvarsmaktens helikopterorganisation; antal och bärkapacitet

Helikoptertyp	Antal	Antal bårfall	Total maximal bärkapacitet
<i>Lätta hkp</i>			
Hkp 2 och 6	44	0 ^a	0
<i>Medeltunga hkp</i>			
Hkp 3 B	7	3	
Hkp 3 C	15 ²²	6	111
<i>Tunga hkp</i>			
Hkp 4 A, B och C	20	15 ^b	300
Summa	86		411

Källa: ÖB skr 1977-11-25, Dnr Kvm 753.

^a Hkp 2 (14 st) kan förses med 2 yttre bårar.

^b Avser bärkapacitet för hkp avsedd uteslutande för sjuktransporter. Vid kombination med annan utrustning är kapaciteten 3, 6 eller 12 bårar.

lans- och räddningsflygtjänsten. Sjuktransporter med helikoptrar sker med rikspolisstyrelsens egna helikoptrar, med helikoptrar tillhörande vissa privata företag och med försvarsmaktens helikoptrar. Budgetåret 1976/1977 utfördes 237 sådana ambulansflygningar av rikspolisstyrelsen och privata företag. Flygtiden var totalt 320 timmar. Av flygningarna genomfördes 72 av rikspolisstyrelsen i egen regi. Kostnaden uppgick till 1,7 milj. kr., varav ca 100 000 kr. hänfördes till polisens flygverksamhet.

Försvarsmaktens helikoptrar används för sjuktransporter i fred i den mån de civila resurserna inte räcker till. Kalenderåret 1976 genomfördes 53 sjuktransportuppdrag med militära helikoptrar (total flygtid 95 timmar).

Vad gäller den framtida fredsanvändningen av helikoptrar bedömer luftfartsverket att helikoptern i vissa fall kommer att ersätta det konventionella flygplanet, främst beträffande fjällflyget/ödemarksflyget. Utvecklingen i övrigt bedöms gå i två riktningar, dels mot komfortabla affärshelikoptrar, dels mot "nyttohelikoptrar" som kan förses med diverse extrautrustningar, allt efter behov. I storlekshänseende torde tyngre typer endast förekomma fåtaligt på den civila marknaden.

I fråga om nyanskaffningar på den civila svenska marknaden gör luftfartsverket följande bedömning för perioden 1978–1985. Ett 15-tal lätta enmotors helikoptrar anskaffas, varav 10 med en sjuktransportkapacitet av 1–2 bårar. 6 lätta tvåmotors helikoptrar anskaffas med en sjuktransportkapacitet av 1–2 bårar. För medeltunga enmotors helikoptrar bedöms nyanskaffningen uppgå till 4, för vilka bårinstallation ej är standard men kan köpas för 6–8 bårar. Någon anskaffning av medeltunga respektive tunga tvåmotors helikoptrar bedöms inte ske under den aktuella perioden. Under perioden 1985–1995 räknar luftfartsverket med en nyanskaffning av ett 30-tal lätta enmotors, 15 lätta tvåmotors, 8 medeltunga enmotors, 4 medeltunga tvåmotors samt 1 å 2 tunga tvåmotors helikoptrar.

Sammanfattningsvis medför den av luftfartsverket bedömda nyanskaff-

ningen endast en marginell ökning av den civila sjuktransportkapaciteten under 1978/85.

Försvarsmaktens 86 helikoptrar fullgör en rad uppgifter i fred; flygräddningstjänst, civila uppdrag (ambulans- och räddningstjänst), personal- och materieltransporter, samövningar med arméförband samt incidentberedskap. Huvuddelen av uppgifterna ingår i utbildning för krigsorganisationen. Möjligheten att med nuvarande organisation och principer för utnyttjandet av helikoptrar utföra sjuktransporter, utöver vad som redan sker idag, är enligt ÖB små.

Utvecklingen avseende lätta helikoptrar går mot en ökning av lastförmåga, uthållighet m. m. Behov av denna helikoptertyp inom försvarsmakten liksom av en medeltung kommer att kvarstå respektive öka. Även behovet av en tung helikoptertyp torde finnas kvar inom försvarsmakten sedan nuvarande hkp 4 utrangerats.

Inför förberedelsearbetet med omsättning av hkp 3 har MB ÖN anmält behov av ökad helikopterkapacitet, bl. a. för sjuktransporter. Härvid har föreslagits, (men ej närmare undersökts) att utgående helikoptrar skulle – efter vissa ytterligare "livstidsförlängande" åtgärder – kvarstå i krigsorganisationen efter 1986, för att då kunna avdelas exempelvis för sjuktransporter. Nuvarande ekonomiska resurser medger enligt ÖB dock ej detta, främst med hänsyn till de kostnader som den nödvändigtvis utökade fredsorganisationen skulle föra med sig.

3.2 Användning i krig

Vad gäller användning av *civila* helikoptrar i krig har hittills endast efterfrågats Bell 206 A–B (28), varav 14 ianspråkats av försvarsmakten vid mobilisering. Rikspolisstyrelsen disponerar eget innehav (6) och resterande 8 disponeras av K-företag i Norrland. Dessa företag är i krig underställda respektive länsstyrelser och skall utföra samma slags uppgifter som i fred.

Överbefälhavaren har redovisat bl. a. följande uppgifter om användning av *försvarsmaktens helikoptrar* vid beredskapstillstånd och krig vid nuvarande resurser och organisation. I uppgifterna för *arméns* helikoptrar ingår transporter av ammunition, materiel (även sjukvårdsmateriel) och personal i väglös terräng, till/från bl. a. jägarförband och till/från förband, vars förbindelser blivit avbrutna. I uppgifterna ingår även sjuktransporter. Jämfört med de totala transportbehoven bedöms tillgänglig transportkapacitet vara relativt låg.

Nutidens och i ännu högre grad framtidens taktik, med samtidigt pågående stridsverksamhet på flera platser, över stora ytor och utan klart urskiljbara frontlinjer ställer ökade krav på rörlighet. Behoven av transporter inklusive sjuktransporter som bara eller bäst kan tillgodoses med helikoptrar bedöms öka.

Möjligheterna att tillgodose de mest angelägna sjuktransportbehoven med de relativt begränsade helikopterresurserna är en prioriteringsfråga. Vid invasion i milo ÖN torde det i flera fall vara nödvändigt att temporärt kraftsamla huvuddelen av tillgängliga helikopterresurser för sjuktransporter. En regelmässig, stående prioritering till förmån för sjuktransporter bedöms dock inte möjlig.

Inom *marinen* torde de helikoptrar som är lämpligast att utnyttja för sjuktransporter i regel vara utrustade för stridsuppgifter. I situationer där militärbefälhavare prioriterar sjuktransporter utgör marinens tunga helikoptrar en tillgång.

Inom *flygvapnet* torde begränsade möjligheter föreligga att utnyttja helikoptrarna för sjuktransporter, annat än vid tillfällen då egen flygverksamhet är ringa. Flygräddningsuppgiften ges generellt hög prioritet, vilket innebär att sjuktransporterna inte kan planeras eller ske regelmässigt.

Överbefälhavaren bedömer det inte möjligt att inom för försvarsmakten disponibla ekonomiska ramar avdela större resurser för helikopteranskaffning, primärt avsedda för sjuktransporter i krig. Något ökat utrymme för sjuktransporter med militära helikoptrar är således vid nuvarande planläggning och prioritering inte att vänta.

4 Internationella erfarenheter

4.1 Krig

Under Koreakriget (åren 1950–53) användes helikoptrar för första gången systematiskt för sjuktransporter. Under Vietnamkriget användes helikoptrar i mycket stor utsträckning för sjuktransporter inom den amerikanska krigsmakten. Även Israel har använt helikoptrar för sjuktransporter i krig.

4.2 Fred

4.2.1 Västtyskland

På initiativ av tyska automobilklubben (ADAC) påbörjades i slutet av 1960-talet försöksverksamhet med helikoptertransport av främst trafikskadade. Försöksverksamheten utföll positivt och genom statliga och delstatliga insatser har ett ambulanshelikoptersystem kunnat byggas ut till att omfatta i det närmaste hela Västtyskland. Organisationen omfattade vid årsskiftet 1977/78 24 helikopterstationer.

Utmärkande för det västtyska systemet är, att helikoptrarna är sjukhusbaserade och att sjukvårdspersonal (läkare och sjukvårdare) alltid medföljer vid ambulansutryckning. Målet för verksameten är att så snabbt som möjligt ge den skadade eller sjuke kvalificerat omhändertagande på olycksplatsen. Samtidigt med helikoptern larmas ambulans till olycksplatsen, så att helikoptern inte behöver användas för transporter, som lika gärna kan ske med ambulans.

Sjukhusbaseringen medför att beredskapen är mycket god. Helikoptern skall kunna lyfta maximalt 2 minuter efter det att larm har givits. De sjukhusbaserade helikoptrarna används i princip uteslutande för sjuktransporter.

4.2.2 Schweiz

På privat initiativ bildades i början av 1950-talet en ideell förening (SRFW) för ambulanstransporter med helikoptrar och flygplan. Verksamheten bygger

främst på medlemsavgifter. Inget offentligt stöd utgår. För en blygsam årsavgift försäkrar sig föreningens medlemmar om fri ambulanstransport med flyg eller helikopter vid akut insjuknande eller olycksfall. Sjuktransporterna utföres främst inom Schweiz men hemtransport vid akut sjukdom eller skada i andra länder förekommer. SRFW har f. n. ca 400 000 medlemmar. Organisationen utför även sjuktransport av icke medlemmar varvid dock den enskilde eller dennes försäkringsbolag får stå för hela kostnaden. För den som är medellös uttas dock ingen avgift.

Organisationen äger 10 helikoptrar och 2 mindre för flygtransporter särskilt inredda jetflygplan. Härutöver kan vid behov ytterligare 11 helikoptrar disponeras. De helikoptrar/flygplan som ägs av organisationen är läkarbemannade.

Sedan år 1952 har mer än 13 000 räddningsuppdrag genomförts.

4.2.3 USA

I USA startade 1969 programmet MAST, genom vilket militära helikoptrar och militär sjukvårdspersonal bistår vid civila behov, främst motorvägsolyckor. MAST är i princip en temporär lösning i avvaktan på att tillräcklig civil ambulanshelikopterkapacitet uppnås.

Programmet omfattade sommaren 1977 24 enheter och 29 stater. Förutom MAST finns i många delstater ambulanshelikopter verksamhet som bedrivs i framför allt privat regi.

4.2.4 Danmark

I Danmark svarar danska flygvapnet för räddnings- och ambulansflygtjänsten. Bl. a. medverkar läkare, som fullgör repetitionstjänstgöring, i sjuktransportverksamheten.

4.2.5 Norge

I Norge har sommaren 1978 på privat initiativ bildats en privat organisation som utför sjuktransporter med helikopter på ungefär samma sätt som f. n. sker i Schweiz.

5 Försöksverksamhet med ambulanshelikoptrar i Sverige

Under åren 1974–1975 genomfördes i Jämtlands läns landsting en försöksverksamhet med ambulanshelikopter. Syftet var att undersöka helikoptern som alternativ till markambulans vid akuta sjuk- och olycksfallstransporter. Försöket bestod av en transportinventering, simulering av helikoptertransport, planering och organisationsanpassning av handlingsregler samt prov med helikoptertransporter.

Under försöksperioden fanns en helikopter med 10 minuters startberedskap under dagtid och 30 minuters startberedskap under natt baserad i Östersund. Läkare eller sjuksköterska kunde vid behov medfölja helikoptern för att behandla patienten på hämtningsplatsen. Medicinsk bedömning

gjordes redan vid larmtillfället genom att ambulanslarmen kopplades till landstingets jourcentral.

Försöksverksamheten genomfördes i två perioder; under tiden 7 oktober till 11 november 1974 samt 15 februari till 16 mars 1975. Under de 36 dagar som den första försöksperioden varade genomfördes 18 helikopterutryckningar. Härutöver utfördes 10 transporter med bil, vid vilka helikoptertransport bedömdes ha varit medicinskt motiverad. I tre fall kunde flygning inte genomföras på grund av väderhinder (försöksverksamheten hade förlagts till en period med växlande och ofta dåligt väder).

I Spri-rapport 9/75 konstateras att försöksverksamheten visat att väsentliga, såväl medicinska som humanitära vinster kan nås vid en ökad användning av ambulanshelikopter med hög insatsberedskap. Underlaget för amulansverksamhet i Jämtlands län bedömdes dock inte vara tillräckligt stort för att ekonomiskt motivera en helikopter i beredskap enbart för reguljär ambulansverksamhet. En kombination av ambulansflygningar och annan flygverksamhet måste därför övervägas, varvid dock insatsberedskapen blir lägre.

Även om erfarenheterna från försöksverksamheten bedömdes vara klart positiva framhölls med skärpa att helikoptern inte utgör den enda nyckeln till sjuktransportproblematiken. Några möjligheter att kompensera sig för helikopterkostnaderna genom att minska markorganisationen bedömdes inte föreligga i Jämtlands län.

Försöksverksamhet med sjuktransporter med helikopter har även ägt rum i Stockholms läns landsting under sommaren 1977 och 1978. I samarbete med flygföretaget Ostermans aero AB planlades och genomfördes en försöksverksamhet från 11 till 31 juli 1977. Under försöksperioden var en ambulanshelikopter i beredskap samtliga dagar kl 0730–2200. Förutom ambulanshelikopters pilot medföljde ambulanspersonal från Stockholms brandförsvär vid varje utryckning. Under några tjänstgöringspass medföljde läkare.

Under försökets 21 dagar utfördes totalt 69 sjuktransporter. Av dessa klassades 45 (65 %) som akuttransporter och 24 (35 %) som planerade eller tidsbeställda. Antalet utförda akuttransporter med helikoptern under försöksperioden utgjorde 2,3 % av det totala antalet akuttransporter. 64 % av helikoptertransporterna avsåg öar i Stockholms skärgård.

Stockholms läns landsting erlade 96 000 kr. i ersättning till flygföretaget för den tre veckor långa försöksperioden. I detta belopp ingick bl. a. kostnader för helikopterns drift och underhåll, piloter, utbildning, kommunikationsradio och uppehållsrum.

I en rapport över försöksverksamheten redovisas en kostnadsjämförelse mellan ambulans och helikopter. Helårskostnaderna för en ambulans bemannad dygnet runt respektive under dagtid redovisades till 700–750 000 kr. respektive 350–400 000 kr. I dessa belopp ingår personalkostnader, drift, underhåll och reparationskostnader samt kapitalkostnader. Landstingets kostnader för medverkan av helikopter inom sjuktransportområdet beräknades uppgå till 2,6 milj. kr. för ett år. Denna beräkning baserades på samma utnyttjandegrad av helikoptern som under försöksperioden (ca 25 flygtimmar per vecka) och utsträckt beredskap dygnet runt samtliga dagar. I dessa kostnader ingick även ambulanspersonalens löner. Om helikopterberedskapen begränsades till dagtid skulle kostnaden reduceras till 2,2 milj. kr.

Ett nytt försök med ambulanshelikopterverksamhet genomfördes under sommaren 1978. Några erfarenheter härifrån har dock ännu inte redovisats.

6 Kostnader

Den främsta anledningen till att helikoptrar inte mer än som f. n. är fallet används för sjuktransporter torde vara att helikoptern ställer sig avsevärt dyrare än en ambulans i såväl anskaffning som drift. I föregående avsnitt har t. ex. nämnts att Stockholms läns landsting funnit att årskostnaden för en helikopter använd enbart för sjuktransporter överstiger årskostnaden för en ambulans med 1,8–1,9 milj. kr.

Kostnaden för anskaffning och drift varierar starkt mellan olika helikoptertyper. Detta är av särskilt intresse, eftersom överbefälhavaren anmält att för akuttransporter inom försvarsmakten lämpliga helikoptrar helst bör ha en sjuktransportkapacitet på 5–6 bårar. Så stora helikoptrar förekommer dock inte annat än undantagsvis på den civila, svenska marknaden. Vid övergång från lätt till medeltung helikopter stiger såväl drift- och underhållskostnaden som kapitalkostnaden mycket snabbt. Drift- och underhållskostnaderna för försvarsmaktens hkp 6 (ingen bårkapacitet) uppgår till ca 700 kr./flygtimme¹. Motsvarande kostnad för hkp 3 (transportkapacitet 6 bårar) uppgår till 3 000 kr./flygtimme¹ medan slutligen flygkostnaden för hkp 4 uppgår till 5 000 kr./flygtimme¹ (15 bårar eller 25 sittande patienter). Inköpskostnaden för hkp 6 uppgår till ca 1,1 milj. kr., medan inköpskostnaden för en helikopter av typ hkp 3 uppgår till ca 3 milj. kr.

7 Vissa slutsatser

Behovet av att i ökad utsträckning disponera helikoptrar för sjuktransporter i krig har understrukits i ett flertal sammanhang. Det är emellertid att märka att någon *samlad bedömning* av totalförsvarets behov av helikoptrar inte har gjorts. Det behov av tio operativt tillgängliga helikoptrar för akuttransporter som redovisats av försvarets sjukvårdsstyrelse avser försvarsmaktens behov och omfattar således endast militära skadefall (inom armén).

Den *totala befintliga helikoptertillgången* i landet omfattar en maximal sjuktransportkapacitet av 519 bårar, varav försvarsmakten svarar för 411 och det civila samhället för 108. I krig överförs dock 14 civila helikoptrar med en sammanlagd transportkapacitet av 28 bårar till försvarsmakten. Detta innebär att försvarsmakten i krig disponerar ca 85 % av ambulanshelikopterkapaciteten. En ökning av sjuktransportkapaciteten i krig *inom ramen för nuvarande helikopterbestånd* torde därför endast kunna ske genom omprioriteringar av olika transportbehov inom det militära försvaret. Överbefälhavaren har dock inte ansett sig kunna förorda detta. Nuvarande ekonomiska ramar medger enligt överbefälhavaren inte heller anskaffning av helikoptrar för sjuktransportändamål.

Luftfartsverkets bedömning av *den civila helikopteranskaffningen 1978–1985* visar att inte heller inom detta område kommer någon ökning av

¹ Avser kostnaderna vid faktiskt flygtidsuttag för respektive helikoptertyp 1976/77 (exklusive löne- och kapitalkostnader).

sjuktransportkapaciteten i nämnvärd utsträckning att ske. Flertalet helikoptrar som är gångbara på den civila marknaden är i allmänhet för små för att vara intressanta från sjuktransportsynpunkt. Genom av beredskapsskäl motiverade statliga subventioneringsåtgärder borde det emellertid vara möjligt att påverka nyanskaffningen, så att enskilda företag valde större helikoptrar än fredsbehovet annars skulle motivera och möjliggöra. Detta måste dock förutsätta att staten svarar för hela den merkostnad som anskaffning och drift av en större helikoptertyp medför. Nedan redovisas en mycket grov uppskattning av kostnaderna vid en sådan subventionering.

Under sjuårsperioden 1978–1985 anskaffas enligt luftfartsverkets bedömning 21 lätta en- och tvåmotors helikoptrar (3 per år) med en total sjuktransportkapacitet av 16–32 bårar. Kostnadsdifferensen mellan sådana helikoptrar i anskaffning samt drift och underhåll och för sjuktransporter mer lämpade helikoptrar uppgår, vid 600 flygtimmar årligen, uppskattningsvis till 0,8–1,2 milj. kr. per år och helikopter. Skillnaden i merkostnad förklaras med de stora olikheter som råder mellan olika helikoptertyper. Den totala merkostnaden skulle således uppgå till mellan 67 och 100 milj. kr. under den aktuella sjuårsperioden. Vid ett fullt utbyggt system (med 21 helikoptrar i drift), dvs. fr. o. m. det sjunde året, blir den årliga subventioneringen mellan 16 och 25 milj. kr.

Beroende på valet av helikoptertyp skulle krigsorganisationen tillföras 42–126 bårplatser (att jämföras med de 16–32 bårplatser som skulle bli fallet utan subventioner).

I ÖTF-studierna redovisades ett alternativ i vilket ingick 24 stycken 6-bårshelikoptrar för akuttransporter. Den totala kostnaden härför (inklusive driftkostnader och avskrivningar) bedömdes under en 5-årsperiod uppgå till 160 milj. kr., varav staten skulle svara för hälften, dvs. 80 milj. kr. eller 16 milj. kr./år (pris- och löneläge februari 1975). Dessa siffror avser dock de totala kostnaderna för helikoptrar använda enbart för sjuktransporter i fred.

I de kostnadsuppgifter som redovisas ovan har hänsyn inte tagits till de samhällsekonomiska konsekvenserna vid användning av helikoptrar för sjuktransporter. Rätt använd bör helikoptern kunna bidra till förkortade vård- och sjukskrivningstider. Dessa faktorer, liksom givetvis de humanitära vinster som minskat eller förkortat lidande innebär, är dock synnerligen svåråtkombara men bör icke desto mindre kunna beaktas vid en ekonomisk avvägning mellan helikoptrar och andra sjuktransportsystem.

Även om de redovisade kostnadsberäkningarna är att se som mycket grovt tilltagna räkneexempel, får det anses klarlagt att totalförsvarets sjukvård måste tillföras ytterligare ekonomiska resurser om tillgången på helikoptrar för sjuktransporter i krig skall kunna öka. Med hänsyn till hittills studerat och planlagt användande av helikoptrar (akuttransporter av militära stridsskadade) borde finansieringen främst ske genom antingen ett tillskott till försvarsmakten för detta syfte eller genom omprioriteringar inom nuvarande anslagsram för det militära försvaret. Därest detta inte kan ske återstår möjligheten att sjuktransporter ges ökad prioritet vid planlagd användning av befintliga helikoptrar.

Från sjuktransportsynpunkt är det önskvärt att helikoptrar avsedda helt eller huvudsakligen för sjuktransporter i krig i så stor utsträckning som möjligt används för samma ändamål i fred. Härigenom kan krigsorganisa-

tionen tillföras inte bara helikoptern som sådan utan också piloter och sjukvårdspersonal som är väl förtrogna med sådana transporter. Som framgått av avsnitt 3.1 används dock inga helikoptrar i fred, civila eller militära, för sjuktransporter annat än i mindre omfattning. Andra transportuppgifter svarar för helikoptrarnas huvudsakliga användningsområde.

Den för krigssamhället mest ändamålsenliga organisationen skulle emellertid vara ett system med helikoptrar som användes för sjuktransporter i fred och som utnyttjades för samma ändamål i krig. En sådan utformning av verksamheten har också legat till grund för de kostnadsberäkningar som redovisats av socialstyrelsen och i ÖTF-studierna.

Möjligheterna att använda helikoptrar för sjuktransporter i fred har varit föremål för ett betydande intresse och konkret försöksverksamhet har bedrivits i Jämtlands och Stockholms län. Även om helikoptern allmänt anses vara en mycket värdefull sjukvårds- och transportresurs har framför allt kostnaderna för anskaffning och drift varit en bidragande orsak till att någon mera omfattande verksamhet inte kommit till stånd. Därest statsbidrag utgick för anskaffnings- och driftkostnader i tillräckligt stor utsträckning kan det emellertid inte anses uteslutet att sjukvårdshuvudmännens intresse och motiv för att medverka vid utbyggnaden av en helikopterorganisation skulle öka. Situationen kompliceras dock av att landstingskommunerna enligt sjukvårdslagen inte har något ansvar för annat än den vägbundna sjuktransportverksamheten. Ansvaret för ambulansflygtjänsten åvilar i stället rikspolisstyrelsen, som dock med egna resurser endast kan utföra en mycket begränsad del av de sjuktransporter som redan nu sker med helikopter.

Finansieringsproblemet kompliceras dessutom av att en helikopter inte annat än i begränsad utsträckning minskar kostnaderna för den vägbundna sjuktransportorganisationen, en slutsats som bl. a. dragits efter försöksverksamhet i Jämtlands läns landsting. Detta kan således innebära, att i det närmaste hela kostnaden för en helikopterverksamhet måste finansieras utöver befintliga ekonomiska ramar.

Sammanfattningsvis kan konstateras att det för att tillgodose behovet av och önskemålet om att i ökad utsträckning disponera helikoptrar för sjuktransporter i krig skulle krävas att ytterligare medel tillfördes totalförsvarets hälso- och sjukvård samt att kostnaderna härför, om inte effekten skall vara marginell, blir betydande.

Vidare kan konstateras att det varken har gjorts någon gemensam bedömning av totalförsvarets behov av helikoptrar eller någon samlad avvägning mellan helikopterbehovet och behovet av andra sjukvårdsresurser. Inte heller föreligger f. n. några kända planer på att utveckla ett system med ambulanshelikoptrar i fred.

För att förbättra det alltför knapphändiga underlaget om helikopterns användbarhet för sjuktransporter *i fred* i Sverige skulle det vara värdefullt med en längre tids – åtminstone ettårig – försöksverksamhet med ambulanshelikopter. Parallellt härmed borde det totala behovet av helikoptrar för sjuktransporter *i krig* kunna studeras gemensamt inom totalförsvaret. Det kan förutsättas att försöksverksamheten kommer att ge värdefulla erfarenheter också vad gäller helikopterns användbarhet för sjuktransporter i krig. Även för fredssjukvårdens vidkommande synes en försöksverksamhet

motiverad. Kostnaderna härför bedöms inte behöva överstiga 3 milj. kr. för en ettårsperiod och bör täckas helt av staten.

För att helikopterns användningsmöjligheter allsidigt skall kunna belysas bör försöksverksamheten bedrivas under olika betingelser. Därvid bör helikoptern användas för sjuktransporter i dels storstadsområde (Stockholm, Göteborg eller Malmö), dels glesbygdsområde med stora avstånd (t. ex. övre Norrland) samt dels ett sjukvårdsområde som är representativt för förhållandena i syd- och mellansverige.

Rikspolisstyrelsen, som ansvarar för den med statsmedel finansierade ambulans- och räddningsflygtjänsten, bör administrera försöket. För den direkta ledningen av projektet bör tillkallas en arbetsgrupp med representanter från rikspolisstyrelsen, försvarsmakten, socialstyrelsen, landstingsförbundet och berörda sjukvårdshuvudmän. Arbetsgruppen måste givetvis biträdas av bl. a. medicinsk och teknisk expertis.

Bilaga 3 Landstingskommunal lednings- och förvaltningsorganisation i krig

1 Förutsättningar

I denna promemoria diskuteras, mot bakgrund av utredningens ställningstaganden i kapitel 5, vissa generella principer för utformningen av landstingskommunernas lednings- och förvaltningsorganisation i krig.

Den fredstida ledningen av verksamheten bör så långt möjligt hållas intakt och odelad. Lednings- och förvaltningsorganisationen måste emellertid kunna förändras och utvecklas med hänsyn till de särskilda påfrestningar ett krig utsätter hälso- och sjukvården för.

Ett överraskande, militärt angrepp ställer därvid de största kraven på organisationen. Vid planläggningen måste beaktas att kriget kan komma att föras i ett snabbt tempo. I vissa lägen kan stridsverksamhet pågå samtidigt inom vitt skilda geografiska områden och över stora ytor.

All verksamhet inom totalförsvaret måste kunna planläggas i såväl långsom kortsiktigt perspektiv, med stort utrymme för improvisationer och flexibilitet. Kraven på snabbhet i beslutsprocessen är mycket stora. För hälso- och sjukvården innebär detta att händelseutvecklingen och läget i stort samt sjukvårdsläget i skilda hänseenden kontinuerligt skall kunna överblickas och bli föremål för bedömande. Lednings- och förvaltningsorganisationen måste därför utmärkas av allsidighet och uthållighet.

Den landstingskommunala ansvarsfördelningen mellan förtroendevalda och tjänstemän och det redan i fred väl utvecklade delegeringsförfarandet är en värdefull tillgång när det gäller att möta de krav på snabba avgöranden som krigssamhället kan ställa. Den administrativa fullmaktslagstiftningen ger dessutom formella möjligheter till förenklingar i beslutsprocessen i särskilt svåra lägen.

2 Landstingets centrala lednings- och förvaltningsorganisation

I det följande diskuteras vissa generella förutsättningar för och krav på den centrala landstingsorganisationen i krig, dvs. centrala nämnder och landstingets kansli. En funktionsbeskrivning av den centrala sjukvårdsförvaltningen redovisas i exemplifierad och förenklad form. Motsvarande funktioner måste återfinnas också i distriktsförvaltningar (motsv.) och till viss del även inom enskilda driftenheter. Dessa delar av det sjukvårdsadministrativa

systemet behandlas emellertid inte av utredningen.

Landstingskansliets krigsorganisation för i varje fall hälso- och sjukvården måste ha i princip minst samma omfattning som i fred och medge dygnet-runt-verksamhet. Viss personal inom fredsorganisationen kan beredas annat arbete beroende på i vilken utsträckning fredsuppgifter kan reduceras eller nedläggas.

Hos ungefär en tredjedel av landstingskommunerna är i fred förvaltningsutskottet (kommunstyrelsen) tillika sjukvårdsstyrelse. Med hänsyn till kraven på handlingsförmåga och effektivitet under snabbt föränderliga förhållanden kommer denna organisationsform att dominera under krig. Undantag kan främst vara aktuellt, där fristående sjukvårdsstyrelse tillika är direktion för landstingets sjukvårdsinrättningar.

Utöver att förvaltningsutskottet som regel blir även sjukvårdsstyrelse, övertar utskottet uppgifter också från andra centrala nämnder. Härigenom blir förvaltningsutskottet ett slagkraftigt, sammanhållet lednings- och beslutsorgan för all landstingskommunal verksamhet i krig.

Det kan knappast antas, att landstingskommunernas interna sjukvårdsförvaltning kommer att motsvaras av större enhetlighet i krig än vad som gäller i fred. Rådande skillnader är konsekvenser av skiljaktiga, historiska, geografiska, befolkningsmässiga och andra faktorer. Den härigenom framvuxna och till de inom sjukvårdsområdenas rådande förhållandena avpassade organisationerna måste utgöra bas även för verksamheten i krig. I fred planlagda, utbildade och övade funktioner måste dock tillföras.

Sådana för *krigssamhället specifika funktioner* krävs främst för att tillförsäkra landstingets lednings- och förvaltningsorganisation kontinuerlig kännedom om läget på fältet samt för hantering av sjukvårdens viktiga försörjningsfrågor och den omfattande sjuktransportverksamheten. Beroende på hur landstingskansliet grupperas i krig och den delning av kansliet som då är aktuell kan sjukvårdsledningen på den gemensamma uppehållsplatsen behöva kompetens för exempelvis personaladministration och ekonomisk förvaltning; uppgifter som i fred handläggs centralt för hela landstingsverksamheten inom särskilda kansliavdelningar. Mot angiven bakgrund kan den krigsorganiserade landstingskommunala lednings- och förvaltningsorganisationen indelas i följande funktioner:

- ☐ ledning
- ☐ sjukvårdsadministration
- ☐ försörjning
- ☐ sjuktransporter samt
- ☐ rapportering och lägesredovisning

Sjukvårdsstyrelsen är det ansvariga centrala *politiska ledningsorganet*. Den högsta *tjänstemannaledningen* (förvaltningen) av hälso- och sjukvården utövas av en sjukvårdsdirektör (motsv.). Vid behov knyts i krig erforderlig medicinsk sakkunskap till dem såsom konsulter.

Den *sjukvårdsadministrativa funktionen* handhar närmast sådana uppgifter som i fred utförs inom landstingskansliets sjukvårdsavdelning (motsv.) och

som är aktuella även under krig. Personellt torde den motsvara fredsorganisationen och bygga på där befintligt kunnande om sjukvårdsorganisationen och om resurser och möjligheter inom öppen och förebyggande vård, akutsjukvård, psykiatri, långtidsvård, tandvård m. m. Som ovan anförts, kan den sjukvårdsadministrativa funktionen i krig behöva innefatta bl. a. vissa personal-, ekonomi- och informationsfrågor. Organisatoriskt kan sålunda personal från landstingets kansliavdelningar för sådana uppgifter i fred behöva överföras till sjukvårdsförvaltningen i krig.

Försörjningsfunktionen får ses mot bakgrund av att det på grund av allmän varubrist, ransoneringar m. m. kommer att vara nödvändigt att centralt inom landstinget besluta om och administrera ersättningen av förbrukad materiel. Bristen på varor kommer sannolikt att medföra att utjämningsåtgärder måste göras inom sjukvårdsområdet. Det är därför nödvändigt att inom sjukvårdsledningen centralt kunna överblicka försörjningsläget. Så långt möjligt bör i fred fungerande ADB-rutiner utnyttjas. Det bör övervägas vilken rapportering som erfordras för att ledningen skall ha materielläget under kontroll. Förenklade, manuella rapporteringsrutiner måste också finnas förberedda.

För att tillgodose försörjningsfunktionen kan det rent organisatoriskt bli erforderligt att till sjukvårdsförvaltningen i krig knyta personal som i fred är verksam vid landstingskansliets inköpsavdelning, byggnads- och utrustningsavdelning eller motsvarande.

Sjuktransportfunktionen skall svara för patienttransporterna inom sjukvårdsområdet och följa sjuktransportläget. För den direkta sjuktransportdirigeringen bör om möjligt länsalarmeringscentral (LAC) och till denna anslutna radioförbindelser och övriga tekniska faciliteter utnyttjas (kapitel 4).

I avsaknad av radio bör den gemensamma sjuktransportdirigeringen kunna ske med utnyttjande av beredskapssjukhusorganisationens samt försvarsmaktens och civilförsvarets transportledningsorganisation.

För att underlätta rapportering m. m. bör alla sjuktransportfordon ha ett nummer liknande ambulansernas markering i fred, med stationssignal. I LAC kan under krig behöva placeras särskild personal för sjuktransportdirigering och läkare som vid behov kan lämna medicinska anvisningar till sjuktransportfordonens personal.

Rapporterings- och lägesredovisningsfunktionens uppgift får ses mot bakgrund av att ledningen av hälso- och sjukvården måste grundas på bl. a. den rapportering som kommer från fältet. Det är nödvändigt att denna kommer fram till den landstingskommunala lednings- och förvaltningsorganisationen på fastställda tider och enligt särskilda rapporteringsformulär. Rapporteringskedjan bör sedan gå vidare från landstingets sjukvårdsledning, eventuellt via länssjukvårdsberedningen och CB till riksnivå. Rapporternas omfattning kommer att variera mellan de olika organen. Mest detaljerade blir de på länsplanet. Bedömningar hos CB och centrala myndigheter bör kunna baseras på sammanställning av de uppgifter som ändå måste tas fram för sjukvårdsledningen inom sjukvårdsområden.

Rapporteringen utgör underlag för sjukvårdsledningens beslut på länsnivå.

För en effektiv ledning ställs krav på goda och säkra telekommunikationer. Nuvarande planläggning och resurser torde inte tillgodose hälso- och sjukvårdens behov i krig. De grundläggande bestämmelserna för planläggning av telekommunikationer vid beredskap och i krig i här berört avseende framgår av Allmänna anvisningar om landstingskommunal beredskapsplanläggning, 1977 års upplaga (civilförsvarsstyrelsens föfattningssamling 1977:3 B 1). Bestämmelserna omfattar dock endast den landstingskommunala beredskapen *vid sidan* av hälso- och sjukvården. Utan överdrift torde landstingskommunernas telekommunikationer för hälso- och sjukvården vara det helt dominerande, varför anvisningarna bör utvidgas till att omfatta även denna verksamhet.

Bilaga 4 Skrivelse till regeringen 1978-11-14 angående utbildning för totalförsva- rets hälso- och sjukvård i krig

1 Utredningens uppdrag

Regeringen bemyndigade den 30 december 1976 statsrådet Troedsson att tillkalla en kommitté för att utreda frågan om sjukvården i krig.

Kommittén har antagit namnet Utredningen om sjukvården i krig (USIK). Utredningens huvuduppgift är att se över gällande ansvarsförhållanden inom totalförsvarets hälso- och sjukvård samt att pröva den författningsmässiga regleringen av sjukvården i krig.

Regeringen har genom beslut den 9 februari 1978 uppdragit åt utredningen att överväga och lämna förslag om hur ansvar och kostnader för anordnande av skydd för sjukvården i krig principiellt bör regleras.

2 Utredningens arbete

Utredningen överlämnade den 5 juli 1978 en skrivelse till regeringen angående den försvarsmedicinska materielberedskapen.

Utredningen avser att överlämna sitt huvudbetänkande Sjukvården i krig i december 1978. Utredningen kommer senare att redovisa förslag rörande sjukvårdens skydd i krig.

3 Hemställan

En redogörelse för nuvarande utbildning för totalförsvarets hälso- och sjukvård i krig redovisas i underbilaga 1. Enligt vår mening är det väsentligt att personalen inom totalförsvarets hälso- och sjukvård har en gemensam kunskapsbas om dels sjukvårdens i krig innehåll, dels de skilda sjukvårdsorganisationernas funktion och ledning. Med ett sådant synsätt är det naturligt att eftersträva att den nuvarande på flera huvudmän mycket splittrade utbildningsverksamheten ersätts av en för totalförsvaret så långt möjligt gemensam och samordnad utbildningsverksamhet.

Den fredstida vårdyrkesutbildningen har utvecklats mycket snabbt under 1960- och 70-talen, såväl kvantitativt som kvalitativt. Helt nya möjligheter att tillvarata den fredsutbildade personalens utbildning och kompetens inom totalförsvaret har härigenom uppkommit. På olika nivåer finns väl utvecklade utbildningsorganisationer, till vilka utbildning om förhållandena under

katastrofer och i krig i ökad utsträckning borde kunna knytas.

Vi har funnit starka skäl som talar för en parlamentarisk översyn av utbildningen för totalförsvarets hälso- och sjukvård i krig. Vårt uppdrag medger emellertid inte en närmare prövning härav. Genom den kunskap om sjukvården i krig, som vi förvärvat under det hittillsvarande arbetet ter det sig rationellt att vi ges i uppdrag att behandla dessa frågor. Visst underlag för ett sådant tilläggsuppdrag redovisas i underbilaga 2.

I enlighet med vad som ovan anförts hemställer vi om uppdrag att behandla utbildningen för totalförsvarets hälso- och sjukvård i krig.

Beslut i detta ärende har fattats av ledamöterna Petersson, ordförande, Hansson, Litzner, Nilsson och Ångström i närvaro av experterna Börjeson, Gyllö, Hultstrand, Lindgren, Lundgren, Orrö, Persson och Wennström samt sekreteraren Skoglund, den senare föredragande.

Stockholm dag som ovan

Per Petersson
ordförande

/Caj Skoglund
sekreterare

*Underbilaga 1 till bilaga 4**Utbildningen för totalförsvarets hälso- och sjukvård i krig samt vissa utvecklingstendenser inom den fredstida vårdyrkesutbildningen**1 Nuvarande utbildning för totalförsvarets hälso- och sjukvård i krig**1.1 Försvars- och katastrofmedicinska aspekter i grund- och vidareutbildning*

För vissa yrkesgrupper ingår kurser om hälso- och sjukvård i krig i den ordinarie grundutbildningen. Blivande läkare får således som regel 40 timmars undervisning i ämnet katastrofmedicin. I de blivande sjuksköterskornas grundutbildning ingår 20 timmars undervisning i försvars- och katastrofmedicin. På vårdyrkeslinjen i gymnasieskolan meddelas blivande undersköterskor 10 timmars undervisning i samma ämne.

Någon särskild undervisning i försvars- och katastrofmedicin ingår inte i vidareutbildningen för vare sig läkare eller sjuksköterskor. Vissa katastrofmedicinska aspekter beaktas dock i samband med andra tillämpliga undervisningsmoment inom berörda vidareutbildningar.

1.2 Kompletterings- och miljöutbildning inom totalförsvaret

För att på bästa sätt kunna utnyttja personalens kompetens i krig och katastrofsituationer kompletteras den fredstida yrkesutbildningen och -erfarenheten med viss försvars- och katastrofmedicinsk utbildning. Denna utbildning bedrivs inom olika delar av totalförsvaret, dvs. inom försvarsmakten, civilförsvaret och den civila hälso- och sjukvården.

1.2.1 Kompletteringsutbildning inom den civila hälso- och sjukvården

Utbildningen för den civila hälso- och sjukvården i krig har karaktär av ett komplement till den utbildning som medicinsk, administrativ och annan personal får i fred.

Socialstyrelsen har enligt sin instruktion att sörja för försvarsmedicinsk utbildning av medicinalpersonal. Enligt krigssjukvårdslagen har läkare, utöver eventuell värnplikt, särskild utbildningsplikt omfattande 60 dagar upp till 65 års ålder. Med stöd av denna utbildningsplikt anordnar socialstyrelsen årligen ett antal internatkurser för läkare.

En viss förändring av socialstyrelsens kursutbud har ägt rum under senare

år. Detta vänder sig numera i ökad utsträckning till sjuksköterskor, administrativ personal och annan personal inom hälso- och sjukvården. Kursutbudet är dock fortfarande i stor utsträckning inriktat på läkare.

Budgetåret 1978/79 anordnar socialstyrelsen ca 65 kurser med drygt 1 700 deltagare. Kurserna är vanligtvis 3–5 dagar långa.

Utöver de kursbundna formerna av utbildning fullgör läkare som är i värnpliktsåldern men som överförs från försvarsmakten till den civila hälso- och sjukvården, s. k. försvarsmedicinsk tjänstgöring. Denna skall ha försvars- och katastrofmedicinskt värde men kan även utnyttjas för att i bristsituationer täcka upp personalvakanser inom fredssjukvården. Antalet inkallade läkare för denna typ av tjänstgöring uppgår budgetåret 1978/79 till ca 80.

Socialstyrelsen är också utbildningsmyndighet för vapenfria tjänstepliktiga inom sjukvården. De vapenfria, som f. n. uppgår till 200–300 per år, genomgår utbildning med efterföljande praktiktjänstgöring, t. ex. som sjukvårdsbiträden eller som expeditiionsbiträden.

Från socialstyrelsens anslag för krigssjukvårdsutbildning erhåller Svenska Röda Korset medel för utbildning av civilsamariter och viss administrativ personal inom blodförsörjningsorganisationen. Motsvarande gäller för Sveriges Kvinnliga Bilkårens Riksförbund (SKBR) för utbildning av hjälpambulansförare, som krigsplaceras på beredskapssjukhus.

Landstingskommunerna har inte något i krigssjukvårdslagstiftningen reglerat ansvar för utbildning av den personal de disponerar i krig. Sjukvårdshuvudmännens utbildningsinsatser är som en följd härav relativt begränsade och består huvudsakligen i att lokalt förankrade s. k. beredskapssjukhuskonferenser genomförs med visst ekonomiskt stöd av socialstyrelsen (högst 1 500 kr. per konferens).

Inom riksnämnden för kommunal beredskap har påbörjats ett utredningsarbete angående landstingskommunala ledningsövningar. Sådana ledningsövningar har hittills endast bedrivits inom primärkommunerna och därvid syftat till att skapa former för samverkan och samordning, att informera om totalförsvarsmyndigheternas uppgifter, organisation, resurser och gruppering samt att skapa personkontakter.

Huvuddelen av sjukvårdshuvudmännens personal för administration av sjukvården i krig saknar såväl utbildning för den uppgiften som erforderlig kunskap om totalförsvarets funktioner i krig. Denna personalkategori har hittills i viss – mycket begränsad – omfattning deltagit i gemensamma ledningsövningar av tillämpningskaraktär på länsstyrelse- och CB-nivåerna. Erfarenheterna härav visar att sådan tjänstgöring i krigsbefattning blir meningsfull först efter grundläggande utbildning för befattningen i fråga.

1.2.2 Utbildning inom försvarsmakten

Vid samtliga försvarsmaktens förband ges alla värnpliktiga utbildning i första hjälp (sjukvårdens grundkurs). Vid vissa förband ges därutöver fördjupad utbildning i akut omhändertagande till de värnpliktiga som krigsplaceras i sjukvårdande befattningar. Mera omfattande sjukvårdsutbildning bedrivs vid de fyra trängförbanden samt vid medicinfackskolan i Stockholm (läkare, tandläkare, apotekare, veterinärer m. fl. ur armén och flygvapnet) och vid

marinens sjukvårdsskola i Göteborg. Viss del av utbildningen är förlagd till civila sjukhus.

Chefen för försvarets medicinalkår ansvarar för vidareutbildning av reservanställd personal (läkare, veterinärer och apotekare). Utbildningen omfattar främst stabstjänst och krigskirurgi.

Överbefälhavaren har i sin grundsyn på sjukvården i krig angivit att utbildningen inom försvarsmakten bör begränsas till det som är specifikt för försvarsmakten; miljöutbildning som syftar till att personalen skall kunna fungera inom försvarsmaktens krigsorganisation samt sådan krigskirurgisk och/eller annan kvalificerad speciell utbildning som inte kan meddelas i civil regi.

1.2.3 Utbildning inom civilförsvaret

Inom *civilförsvaret* ges en mycket begränsad utbildning för den personal som tjänstgör inom civilförsvarets sjukvårdsenheter (undsättningsplutoner och sjukvårdsplutoner). De ca 16 000 samariterna, som bl. a. skall fullgöra uppgifter vid första omhändertagande av skadade och transport av svårt skadade till sjukhus, utbildas vid enhetsövningar (2 dagar vart fjärde år).

Civilförsvarets utbildning bedrivs bl. a. vid civilförsvarsstyrelsens centrala utbildnings- och förrådsanläggningar (CUFA).

2 Vårdyrkesutbildningen; vissa utvecklingstendenser

Omfattande förändringar av innehållet i de olika hälso- och sjukvårdsutbildningarna pågår eller planeras, bl. a. för att dessa bättre skall svara mot de omstruktureringar som skett och fortlöpande sker av vårdorganisationen. Prioriteringen av den öppna vården, långtidssjukvården och den förebyggande vården ställer nya krav på utbildningen för olika grupper.

Vad gäller utbildningens organisation och bedrivande eftersträvas så långt möjligt gemensamma basutbildningar för olika yrkeskategorier och en därpå följande successiv differentiering och specialisering. Ett flertal utredningar arbetar f. n. med frågor om personal och utbildning inom vårdområdet.

Kommittén för översyn av sjukvårdens inre organisation (SIO) överväger sjukvårdens framtida personalstruktur.

Utredningen om den gymnasiala utbildningen har bl. a. till uppgift att i ett sammanhang se över den nuvarande vårdlinjen i gymnasieskolan, samt de specialkurser som nära anknyter till denna linje. Vikten av att gemensamma grundkurser eller basutbildningar skapas för breda verksamhetsfält och att man överväger möjligheterna att inordna ungdomsutbildning och vuxenutbildning i ett gemensamt vårdutbildningssystem, präglad av återkommande utbildning betonas i utredningens direktiv.

Under åren 1977–1978 har genomförts en utredning om vissa vårdutbildningar inom den nya högskolan (Vård 77). Utredningen har i betänkandet Ny vårdutbildning (SOU 1978:50) lagt fram förslag om principerna för studieorganisation för i första hand sjuksköterskeutbildningen och de specialkurser inom vårdområdet, som den 1 juli 1977 fördes över till högskolesektorn.

Läkarutbildningen är föremål för översyn av flera utredningar, som initierats av önskemålet att förstärka innehållet av öppen vård och långtids-

sjukvård i utbildningsdelarna. Inom universitets- och högskoleämbetet pågår en förstudie om möjligheterna att öka inslaget av s. k. samhällsmedicinska moment i grundutbildningen. Inom nämnden för läkares vidareutbildning (NLV) utreds såväl allmäntjänstgöringen för läkare som den fortsatta vidareutbildningen samt efter- och fortbildningen.

Den nya högskoleorganisationen med bl. a. regionala högskolestyrelser är ett uttryck för strävan att decentralisera både planering och genomförande av utbildning och att åstadkomma minskad statlig detaljkontroll. Härigenom har skapats möjligheter att relatera utbildningsplaneringen till den landstingsvisa och regionala hälso- och sjukvårdsplaneringen samt att anpassa genomförandet av utbildningarna till lokala förutsättningar.

*Underbilaga 2 till bilaga 4**Förslag till*

Riktlinjer för parlamentarisk översyn av utbildningen för totalförsvarets hälso- och sjukvård i krig

Utredningens huvuduppgift bör vara att ange hur den fredstida yrkesutbildningen för personal inom hälso- och sjukvården bäst skall komma totalförsvaret till godo. Strävan bör därvid vara att utbildningen i försvars- och katastrofmedicin samt om sjukvården i krig i så stor utsträckning som möjligt förankras i och bedrivs som en del av den reguljära utbildningsverksamheten.

För vissa yrkesgrupper kan försvars- och katastrofmedicinska aspekter beaktas redan i samband med grundutbildningen (t. ex. läkare och sjuksköterskor). Utredningen bör, i samråd med berörda utbildningsmyndigheter se över innehållet i och formerna för denna utbildning. Som ett alternativ till nuvarande förhållanden bör övervägas om försvars- och katastrofmedicinska aspekter kan beaktas i samband med tillämpliga undervisningsmoment i stället för att bedrivas i form av särskilda kurser.

Flertalet anställda inom sjukvården får under sin yrkesutbildning inte någon särskild utbildning om de svårigheter sjukvården utsätts för vid katastrof eller krig. Det bör ankomma på utredningen att pröva behovet av särskild utbildning för dessa grupper samt ange hur den bör organiseras. En utgångspunkt bör därvid vara, att utbildningen skall ha en naturlig anknytning till fredssjukvården och i så stor utsträckning som möjligt bedrivs på det lokala planet.

Utredningen bör vidare ange hur sjukvårdshuvudmännens medverkan i utbildningen för totalförsvarets hälso- och sjukvård skall kunna öka.

Utbildningen inom försvarsmakten är f. n. föremål för utredning inom ramen för översynen av försvarsmaktens sjukvård i krig. Överbefälhavarens beslut i detta avseende väntas under år 1979. Det bör trots detta stå utredningen fritt att pröva hur (delar av) försvarsmaktens utbildning för sjukvården i krig skall kunna integreras i ett framtida gemensamt/samordnat utbildningssystem. Utredningen bör främst ta ställning till hur den mer kvalificerade utbildningen för försvarsmaktens hälso- och sjukvårdspersonal bör organiseras och bedrivs.

Frågan om ett kommunanknutet civilförsvar är f. n. föremål för studier inom civilförsvarsstyrelsen och kommer senare att övervägas av 1978 års försvarskommitté. Det bör ankomma på utredningen att i samråd med försvarskommittén redovisa lämpliga former av utbildningen för personalen

inom civilförsvarets sjukvårdstjänst.

Läkare kan enligt krigssjukvårdslagen åläggas utbildningsplikt i fred under högst 60 dagar. Ett utvidgande av tjänsteplikten till att omfatta all personal inom hälso- och sjukvården skulle sannolikt stärka sjukvårdsberedskapen. Konsekvenserna härav bör närmare granskas av utredningen. Utredningen skall i denna fråga samråda med 1978 års försvarskommitté, som bl. a. har att pröva vilken utbildning medborgarna med stöd av pliktlag bör åläggas i fredstid.

Frivilligpersonalen spelar en viktig roll i krig. Utredningen bör undersöka om det är möjligt att i ökad utsträckning anknyta även frivilligpersonalens utbildning till det reguljära utbildningsväsendet.

Utredningen bör vara oförhindrad att med utgångspunkt i de riktlinjer som här angivits pröva även andra frågor rörande utbildningen för totalförsvarets hälso- och sjukvård i krig.

Utredningens arbete skall bedrivas skyndsamt och så att proposition på grundval av dess förslag kan föreläggas riksdagen senast i samband med 1982 års försvarsbeslut.

Bilaga 5 Skrivelse till regeringen 1978-07-05 angående den försvarsmedicinska materielberedskapen

Framställning beträffande den försvarsmedicinska materielberedskapen

Socialdepartementet 1977-04-14 Dnr S-178/76

Genom beslut den 29 juni 1973 uppdrog Kungl. Maj:t åt socialstyrelsen att genomföra viss försöksverksamhet beträffande den försvarsmedicinska materielberedskapen. Socialstyrelsen överlämnade genom skrivelse den 23 januari 1976 (stencilen Redovisning av viss försöksverksamhet m. m.) förslag till framtida organisation av den försvarsmedicinska materielberedskapen inom socialstyrelsens ansvarsområde.

Regeringen förordnade genom beslut den 14 april 1977 att handlingarna i ärendet skulle överlämnas till utredningen (S 1976:05) om sjukvården i krig. Utredningen får med anledning härav anföra följande.

1 *Bakgrund*

Hälso- och sjukvårdens fredsresurser utgör grunden för den för krigssamhällets behov planlagda organisationen av totalförsvarets hälso- och sjukvård. För att säkerställa hälso- och sjukvårdens funktionsförmåga under krig erfordras emellertid vissa kompletteringar av de fredstida resurserna. För den civila hälso- och sjukvårdens vidkommande är enligt nuvarande planläggning främst fråga om att möjliggöra en betydande ökning av antalet vårdplatser för sluten akutsjukvård. För försvarsmaktens respektive civilförsvarets vidkommande syftar försörjningsberedskapen till att möjliggöra upprättande av en verksamhet som i huvudsak saknar motsvarighet i fred. För dessa båda organisationer finns således inte någon i fred etablerad verksamhet att bygga på.

Försörjningsberedskapen för läkemedel och sjukvårdsmateriel för den civila hälso- och sjukvårdens behov under avspärrning och i krig är organiserad enligt följande. Socialstyrelsen har *programansvar* för försörjningen med läkemedel, sjukvårdsmateriel, vätska, sera och vacciner. Överstyrelsen för ekonomiskt försvar (ÖEF) har bl. a. *produktionsansvar* för planläggning av produktion och beredskapslagring av läkemedel och sjukvårdsmateriel. För sera och vacciner har statens bakteriologiska laboratorium motsvarande produktionsansvar.

Socialstyrelsen åligger att planlägga utnyttjandet av landets tillgångar i

fråga om såväl läkemedel som sjukvårdsmateriel. Styrelsen skall också biträda ÖEF i handläggningen av försörjnings- och beredskapsfrågor på hälso- och sjukvårdens område.

För den civila hälso- och sjukvårdens behov beredskapslagrar socialstyrelsen s. k. varaktig sjukvårdsutrustning, exempelvis instrument, röntgen- och laboratorieapparater samt i mycket begränsad omfattning även förbrukningsmateriel såsom textilier och förbandsartiklar. Beredskapslagringen avser främst att komplettera de enheter i beredskapssjukhusen, som inte är fredssjukhus. Huvuddelen av lagrad materiel har anskaffats under 1950- och 60-talet.

I fråga om läkemedel har ÖEF lagerhållning främst i form av råvaror och läkemedelssubstanser. Överstyrelsen ansvarar för statens räkning för köp, försäljning, lagring och omsättning av läkemedel (bruksfärdiga läkemedel, läkemedelssubstanser, halvfabrikat eller obearbetade råvaror).

I samråd med socialstyrelsen lagerhåller ÖEF vissa partier förbrukningsmateriel av typen fotomateriel för röntgendiagnostik, speciella glasartiklar för laborieverksamhet och suturmateriel för kirurgisk verksamhet, gasväv, gips, operationshandskar och febertermometrar.

ÖEF har vidare i samverkan med socialstyrelsen och försvarets sjukvårdsstyrelse kommit överens med läkemedelsindustrin och företag inom sjukvårdsmaterielbranschen om produktion under avspärning och krig av oundgängligen nödvändiga artiklar.

De statligt finansierade och i fred införskaffade tillskottsresurserna avsedda för beredskapssjukhusens behov infogas i den landstingskommunala¹ vårdorganisationen i händelse av krig.

Inom *försvarsmakten* är försvarets sjukvårdsstyrelse fackmyndighet för hälso- och sjukvård och underhåll av sjukvårdsmateriel och läkemedel samt produktionsmyndighet beträffande bl. a. anskaffning av sjukvårdsmateriel och läkemedel. Sjukvårdsstyrelsen anskaffar, tillhandahåller och redovisar den sjukvårdsmateriel som försvaret behöver. För att trygga sjukvårdsmaterielförsörjningen i krig anskaffas s. k. ersättningsmateriel som huvudsakligen lagras i fem regionala sjukvårdsförråd. För driften av dessa svarar respektive militärbefälhavare.

Fackansvaret innebär bl. a. att sjukvårdsstyrelsen skall tillse att den sjukvårdsmateriel som anskaffas brukas, underhålls och omsätts på ett riktigt sätt.

Apoteksbolaget AB svarar enligt avtal med staten för inköp, förrådshållning, omsättning och annan erforderlig lagerhantering av vissa färdiga beredskapsläkemedel. Försvarsmaktens beredskapsläkemedel förrådshålls vid läkemedelscentraler och de regionala sjukvårdsförråden. Från läkemedelscentralerna har läkemedlen i stor utsträckning lagts ut på lokala mobiliseringsförråd enligt de militära myndigheternas önskemål. Även i lokala mobiliseringsförråd utlagda läkemedel förvaltas av Apoteksbolaget.

Det åligger civilförsvarsstyrelsen att anskaffa läkemedel och sjukvårdsmateriel för *civilförsvarets* behov samt att lagra och ha tillsyn över dessa. Styrelsen har träffat överenskommelse om ett långtgående samarbete med Apoteksbolaget AB när det gäller inköp, förrådshållning och omsättning av vissa bruksfärdiga läkemedel. Civilförsvarsstyrelsen har vidare träffat avtal om lagring och omsättning av infusionsaggregat och blodersättningsmedel med enskilda sjukvårdshuvudmän respektive med läkemedelsföretag.

¹ Med landstingskommunerna förstås i denna skrivelse jämväl de tre landstingsfria kommunerna Gotland, Göteborg och Malmö.

2 Materielberedskapsutredningen och socialstyrelsens principiella förslag maj 1972

Socialstyrelsen överlämnade i maj 1972 ett förslag till framtida organisation av den försvarsmedicinska materielberedskapen inom styrelsens ansvarsområde. Förslaget innebar huvudsakligen att staten liksom hittills skulle svara för kostnaderna i dess helhet och genom socialstyrelsen utöva en riksplanerande, samordnande och kontrollerande funktion. Socialstyrelsen föreslogs efter överenskommelse med respektive huvudman ange ramarna för materielberedskapens omfattning och struktur inom vederbörande landstingsområde, vilka ramar borde baseras på såväl beredskapsplanläggning som den aktuella sjukvårdsorganisationens kapacitet i frågor om omsättning m. m.

Socialstyrelsen skulle därvid ställa erforderliga medel till landstingskommunens förfogande för täckande av merkostnader för överlagring och omsättning av sjukvårdsutrustning i den ordinarie sjukhusdriften. Socialstyrelsen skulle utöva en kontrollerande funktion avseende den utrustningsmängd som respektive sjukvårdshuvudman åtagit sig att vid varje tillfälle hålla i lager. Styrelsen skulle vidare svara för samordning och allmän fördelning av specifik beredskapsutrustning liksom för samverkan i dessa frågor med övriga totalförsvarsmyndigheter.

Till landstingskommunernas ansvarsområde föreslogs överförd all regional och lokal materieförvaltning medan socialstyrelsen i central instans skulle bibehålla ansvaret för sådan specifik beredskapsutrustning, som normalt ej förekommer inom landstingskommunernas verksamhet.

I all den utsträckning som befinnes möjlig borde enligt socialstyrelsen utrustning för sjukvårdsberedskapen integreras med landstingskommunernas materieförsörjningssystem. Kostnadsredovisningen från respektive landstingskommun till socialstyrelsen borde baseras på dennes redovisningssystem. Efter remissbehandling av förslaget, varvid berörda organisationer och myndigheter i princip ställde sig positiva, överlämnade styrelsen den 7 november 1972 till socialdepartementet en promemoria med en skiss till försöksverksamhet med syfte att utvärdera de vidare praktiska och ekonomiska konsekvenserna av förslaget.

3 Socialdepartementets uppdrag 1973-06-29

Genom skrivelse den 29 juni 1973 uppdrog socialdepartementet åt socialstyrelsen att i huvudsaklig överensstämmelse med vad som angetts i ovan nämnda promemoria genomföra försök med att inordna utrustningen för sjukvårdsberedskapen i landstingskommunens normala sjukvårdsförsörjningssystem. Vid försöket skulle särskilt intresse ägnas kostnadsaspekterna. I socialdepartementets skrivelse framhölls att en utgångspunkt vid försöket skulle vara att kostnaderna för den försvarsmedicinska materielberedskapen inte finge öka vid en eventuell övergång till delat ansvar mellan staten och sjukvårdshuvudmännen.

Efter samråd med sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) träffades en underhandsöverenskommelse med Södermanlands läns landsting att genomföra försöksverksamhet med hjälp

av landstingets sakkunniga och på basis av dagsaktuellt faktamaterial beträffande sjukvårdens drift. Parallellt härmed engagerades landstinget att tillsammans med Spri medverka i vissa studier beträffande materielstyrningssystem för sjukvården samt ett redovisningssystem för inventarier. Resultaten av försöksverksamheten redovisades av socialstyrelsen i en rapport den 15 december 1975. Försöksverksamheten hade främst inriktats på förvaltningen av utrustningen för den slutna akuta somatiska sjukvården under krig. Verksamheten hade huvudsakligen karaktären av en i landstingets normala materieförsörjningssystem simulerad överlagring av utrustning till en nivå som motsvarade den planlagda krigsorganisationens behov.

Styrelsen framhöll i sin rapport att försöksverksamheten givit vid handen, att förutsättningar i praktiskt/tekniskt hänseende torde föreligga att successivt under en längre tidsperiod inordna beredskapslager av sjukvårdsmateriel i landstingskommunernas ordinarie materieförsörjningssystem.

Försöket visade att möjligheterna att inordna förbrukningsmateriel i det ordinarie materieförsörjningssystemet är lättast och därför kan realiseras snabbast. I ett längre tidsperspektiv skulle den medicinsk-tekniska apparaturen komma. Att förbereda integreringen av textillagring skulle enligt socialstyrelsen sannolikt kräva den längsta tiden.

Socialstyrelsen konstaterade vidare att det föreföll omöjligt att undvika viss formell kostnadsstegring vid en övergång till det föreslagna nya förvaltningssystemet. Vid bedömningen av de ökade kostnaderna måste dock enligt styrelsens mening beaktas att den föreslagna organisationen möjliggör fortlöpande omsättning, vilket skulle skapa automatisk uppföljning av teknisk utveckling och eliminera risken för värdeminskning. Vidare erinrades om att utnyttjandet av sjukvårdshuvudmännens serviceavdelningar skulle skapa garantier för ett funktionsdugligt apparatursystem, vilket f. n. är förknippat med betydande svårigheter och viss osäkerhet beroende på de frivilliga redogörarnas bristande möjligheter att vid alla tillfällen kontrollera funktionsdugligheten. Det nya systemet skulle medföra stora fördelar, som dock inte låter sig mäta i ekonomiska termer.

Socialstyrelsen betonade att hälso- och sjukvården är beroende av en jämn kontinuerlig tillförsel av förbrukningsmateriel av olika slag. Styrelsen bedömde det som praktiskt taget omöjligt att för en avspärning eller under krig med nuvarande förvaltningssystem säkra erforderlig materieltillgång med hänsyn till den snabba utvecklingen inom området. Sjukvårdens ovannämnda beroendeförhållande medför enligt styrelsens mening att någon försvarsmedicinsk materielberedskap i egentlig bemärkelse inte kan upprätthållas inom ramen för nuvarande förvaltningssystem.

Förhandlingar borde enligt socialstyrelsen igångsättas mellan statsverket och företrädare för sjukvårdshuvudmännen om villkoren för ett successivt överförande av den försvarsmedicinska materielberedskapen till det av styrelsen föreslagna nya förvaltningssystemet.

Styrelsen föreslog vidare att, i syfte att ytterligare bredda kunskapsunderlaget beträffande kostnadsutveckling och praktisk/tekniska lösningar av vissa delfunktioner i det nya förvaltningssystemet, en fullständigare försöksverksamhet skulle inledas inom en landstingskommun parallellt med att de föreslagna förhandlingarna fortskrider. Härigenom skulle ständigt aktuellt underlag för olika delbeslut kunna stå till förfogande.

4 Socialstyrelsens utredning om försörjning med förbrukningsmateriel (UFF)

Socialdepartementet uppdrog den 11 oktober 1974 åt socialstyrelsen att utreda behovet av olika slag av sjukvårdsmateriel under en avspärrnings- och/eller krigsperiod. Socialstyrelsen överlämnade den 10 oktober 1977 delrapporten Behov av sjukvårdsmateriel under en avspärrnings- och/eller krigsperiod.

Socialstyrelsen hade genom att analysera den nuvarande fredsmässiga förbrukningen av sjukvårdsmateriel försökt bedöma art och omfattning av den förbrukningsmateriel som sjukvården är beroende av under en längre avspärrningsperiod samt delvis uppskatta det ökade behovet av sådan materiel under en krigsperiod.

Förbrukningsartiklar definierades av socialstyrelsen som artiklar av engångskaraktär, artiklar som inte kan användas mer än 20–30 gånger, artiklar som inte kan omsteriliseras eller artiklar som inte kan förvaras längre än ett år för att vara kuranta.

Problem sammanhängande med försörjning av sjukvårdstextilier, tandvårdsmateriel av förbrukningskaraktär, protesmateriel samt reservdelar hade inte medtagits.

För att kartlägga förbrukningen av sjukvårdsmateriel under fred hade studier genomförts i Skaraborgs och Malmöhus läns landsting. Studierna resulterade i en funktionsindeldad och i hög grad detaljerad specifikation över medicinskt relaterad förbrukningsmateriel.

Socialstyrelsen redovisade en modell för beredskapslagring av förbrukningsmateriel för hälso- och sjukvården. Enligt denna modell skulle råvaror och halvfabrikat beredskapslagras hos antingen tillverkare eller inom ÖEF:s förrådsorganisation, medan färdiga produkter skulle beredskapslagras hos förbrukare, grossist, tillverkare samt inom ÖEF:s förrådsorganisation.

Det fortsatta arbetet inom socialstyrelsen har inriktats på att dels behandla ännu inte kartlagda förbrukningsmaterielbehov, dels precisera förslag till fördelning av ansvar och verkställighet mellan olika myndigheter (motsvarande), som berörs av försörjningsberedskapen på detta område. Socialstyrelsen skall dessutom i samverkan med sjukvårdshuvudmännen delta i studier av möjligheter att under en krigs- och/eller avspärrningssituation gå över till alternativa produkter eller från engångs- till flergångsartiklar liksom de följdverkningar som kan vara förknippade härmed.

Parallellt härmed avser styrelsen att ta fram ett databaserat informationssystem för att få erforderlig överblick över försörjningsberedskapen beträffande sjukvårdsmateriel samt lägga fram förslag till framtida planeringsmetoder för administration av försörjningsberedskapen.

5 Försörjningsberedskapsutredningen

Chefen för handelsdepartementet tillkallade i maj 1971 fem sakkunniga med uppdrag att utreda beredskapen i fråga om viss varuförsörjning. De sakkunniga antog namnet försörjningsberedskapsutredningen och överlämnade i augusti 1975 sitt slutbetänkande Varuförsörjning i krigstid (SOU 1975:57). Utredningen framhöll bl. a. att starka skäl talade för att sjukvårdsmateriel i så

stor utsträckning som möjligt borde beredskapslagras hos landstingskommunerna.

6 1974 års försvarsutredning

Kungl. Maj:t bemyndigade i oktober 1974 chefen för försvarsdepartementet att tillkalla sakkunniga för att överväga och lämna förslag om totalförsvarets fortsatta utveckling m. m. Förslagen skulle ligga till grund för 1977 års försvarsbeslut.

De sakkunniga, som antog namnet 1974 års försvarsutredning förordade i sitt första betänkande Säkerhetspolitik och totalförsvaret (SOU 1976:5) att sjukvårdshuvudmännen borde få ett ökat ansvar för den beredskapslagrade materiel som avses för bl. a. beredskapssjukhusen.

7 1977 års försvarsbeslut

Sjukvårdsberedskapens fortsatta utveckling behandlades i bilaga 3 till proposition 1976/1977:74. Föredraganden erinrade bl. a. om att förmågan och viljan till motstånd inom totalförsvaret kräver en väl fungerande sjukvård i krig och under avspärning. En alltför stor skillnad mellan freds- och krigssjukvården kan därvid medföra att motståndsviljan undergrävs. Av dessa skäl borde enligt föredraganden beredskapslagring av läkemedel, sjukvårdsmateriel etc. vara av sådan omfattning att sjukvården på väsentliga områden så långt som möjligt kan behålla fredsmässig standard även under en relativt lång avspärningsperiod.

I avvaktan på resultatet av pågående studier inom ÖEF av bl. a. behovet av beredskapsåtgärder för efterkrigstid borde försörjningsplaneringen t. v. utgå från uthållighet under tolv månaders avspärning. I enlighet härmed har beträffande läkemedel en uppbyggnad till den fastställda uthålligheten påbörjats. I fråga om sjukvårdsmateriel av förbrukningskaraktär hänvisades dock till pågående utredningsarbete inom socialstyrelsen (UFF), varför någon ställning till lagrens omfattning inte togs.

8 Kostnader

Anslagen för den försvarsmedicinska materielberedskapen inom den civila hälso- och sjukvårdens område framgår av tabell 8.1.

Anslagen inom försvarsmakten för anskaffning av krigssjukvårdsförmågor (utrustning, förbrukningsmateriel, läkemedel m. m.) framgår av tabell 8.2.

Förutom ovannämnda anslag tillkommer också kostnader för planläggning och central administration inom de olika myndigheterna, investeringar i förrådslokaler inom ÖEF samt förrådshållning inom civilförsvaret och försvarsmakten m. m.

Tabell 8.1 Anslag för den försvarsmedicinska materielberedskapen inom den civila hälso- och sjukvården (1 000-tal kr.)

Anslag (socialdepartementet)		År		
		1976/77	1977/78	1978/79
H 5.	Förvaring och underhåll av viss sjukvårdsmateriel m. m.	4 533	5 067	6 013
H 6.	Utrustning m. m. av beredskapssjukhus vid krig eller krigsfara (del av anslag)	1 726	3 693	8 014
H 8.	Driftkostnader för beredskapslagring av läkemedel m. m.	4 368	7 557	10 070
VIII:I	Beredskapslagring av läkemedel m. m.	31 200	25 000	27 000
Summa		41 827	41 317	51 097

Tabell 8.2 Anslag för den försvarsmedicinska förnödenhetsberedskapen inom försvarsmaktens krigssjukvård (1 000-tal kr; prisläge februari 1977)

Anslag (försvarsdepartementet)		År		
		1976/77	1977/78	1978/79
B 2	Arméförband krigssjukvårdsförnödenheter	27 940	26 925	23 150 ^a
C 2	Marinförband krigssjukvårdsförnödenheter	3 380	3 295	3 390
D 2	Flygvapenförband krigssjukvårdsförnödenheter	2 530	2 455	2 495
Summa		33 850	32 675	29 035

^a Av anslaget har 4,3 milj. kronor av betalningsmedel omfördelats till försvarets materielverk

9 Socialstyrelsens skrivelse 1978-05-31

Socialstyrelsen överlämnade den 10 oktober 1977 en delrapport av utredningen Försörjningen med förbrukningsmateriel (UFF, se avsnitt 4) bl. a. som ett komplement till styrelsens programplan och petitaframställning på området Hälso- och sjukvård i krig.

I delrapporten framhölls att ”i förhållande till den av statsmakterna angivna målsättningen, allvarliga brister föreligger i försörjningsberedskapen beträffande ovannämnda förbrukningsmateriel för såväl en avspärningssituation som en krigsfallssituation. Som en förutsättning för att nå erforderlig försörjningsberedskap bör beredskapslagring inledas snarast möjligt i fråga om de för sjukvården mest begränsade materiellagen. Erforderlig kunskap och teknik föreligger redan nu”.

I samråd med överstyrelsen för ekonomiskt försvar och efter beredning i utredningen UFF har socialstyrelsen i skrivelse till regeringen den 31 maj 1978 föreslagit att ett belopp om högst 10 milj. kronor får disponeras för budgetåret 1978/79 för beredskapslagring av förbrukningsmateriel. Delposten I inom anslaget VIII:I Beredskapslagring av läkemedel m. m. skulle därvid övergångsvis kunna reduceras i motsvarande utsträckning.

Socialstyrelsen har genom sin skrivelse uppmärksammat sambandet mellan beredskapslagring av läkemedel, sera och vacciner och beredskapslagring av förbrukningsmateriel. En uppbyggnad av uthålligheten i fråga om läkemedel m. m. måste således, för att vara verkningsfull i en krigssituation, kompletteras med beredskapslagring av viss förbrukningsmateriel (injektionssprutor, kanyler m. m.).

10 Utredningens överväganden och förslag

Hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap har behandlats av ett flertal utredningar under 1960- och 70-talet. Såväl försörjningsberedskapsutredningen och 1974 års försvarsutredning som tidigare utredningar ansåg att landstingskommunerna i ökad utsträckning borde medverka vid beredskapslagring för hälso- och sjukvårdens behov. Lämpliga former härför har efter utredningsarbete och försöksverksamhet redovisats av socialstyrelsen vad gäller den av styrelsen beredskapslagrade utrustningen för beredskapssjukhusen.

Utredningen kan för sin del endast ansluta sig till tidigare gjorda konstateranden, att nuvarande försörjningsberedskapssystem för hälso- och sjukvården är behäftat med allvarliga brister. En ökad landstingskommunal medverkan ter sig med anledning härav och med beaktande av den kunskap om, de erfarenheter av och de resurser för materielhantering som sjukvårdshuvudmännen har som en nödvändig åtgärd.

Övergången till en på landstingskommunal medverkan baserad försörjningsberedskap är emellertid inte problemfri. Skillnader råder mellan landstingskommunerna i avseende på bl. a. upphandlings- och datarutiner, sortiment, förpackningsstorlekar, kvaliteter och normer för förrådshållning. Ett inordnande i landstingskommunernas ordinarie materielförsörjningssystem ställer således krav på att materielberedskapen delvis anpassas till de för varje landsting specifika förhållandena.

Landstingskommunernas möjligheter att medverka vid upphandling, lagerhållning och omsättning av utrustning och förbrukningsmateriel torde vara skiftande. Det kan inte antas att samtliga sjukvårdshuvudmän skulle kunna anslutas till ett nytt försörjningsberedskapssystem annat än på mycket lång sikt.

De praktiska problem och svårigheter som kan förutses är emellertid enligt utredningens mening inte av den arten eller karaktären att de bör hindra en nödvändig, snabb reformering av hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskapssystem. Detta ställer dock stora krav på samordning mellan berörda statliga myndigheter och landstingskommunerna i avseende på gemensamt sortimentval, som dessutom – liksom t. ex. satsstorlekar – måste anpassas till vad som är användbart inom fredssjukvården.

Socialstyrelsen har föreslagit att förhandlingar upptas mellan statsverket och företrädare för sjukvårdshuvudmännen om villkoren för ett nytt materielberedskapssystem. Utredningen har liksom socialstyrelsen funnit förhandlingar mellan stat och landstingskommuner vara den mest ändamålsenliga vägen. Sådana förhandlingar bör komma till stånd snarast. Enligt utredningens mening är det angeläget att de avsedda investeringarna i sjukvårdsmateriel av förbrukningskaraktär görs inom ramen för ett nytt

försörjningsberedskapssystem. Utredningen anger i det följande vissa förutsättningar, som den anser bör ligga till grund för förhandlingarna.

Det övergripande ansvaret för att den civila hälso- och sjukvårdens resurser kompletteras med läkemedel, utrustning och förbrukningsmateriel för att möta olika typer av kriser samt att civilförsvaret och försvarsmakten tillförsäkras erforderliga resurser i detta avseende bör åvila staten. Utredningen har därvid inte funnit anledning föreslå någon ändrad ansvarsfördelning mellan berörda statliga myndigheter. Kostnadsansvaret för denna verksamhet bör vad avser behoven under avspärrning och krig oförändrat åvila staten, medan kostnadsansvaret för beredskap mot s. k. fredskriser bör prövas vid förhandlingarna.

Förhandlingarna bör avse medverkan från landstingskommunernas sida vid upphandling, omsättning och lagerhållning av utrustning och förbrukningsmateriel avsedd för såväl den civila hälso- och sjukvårdens som civilförsvarets och försvarsmaktens behov. Läkemedelshanteringen, för vilken fungerande system för omsättning f. n. finns, bör inte omfattas av förhandlingarna.

I fråga om omsättning kan landstingskommunernas åtaganden endast avse sådan utrustning och materiel som kan omsättas inom den ordinarie landstingskommunala fredsverksamheten. Detta förhållande måste få en styrande inverkan vid fastställande av sortiment inom de olika delarna av totalförsvarets hälso- och sjukvård. Endast om särskilda skäl föreligger bör i fråga om bruksfärdiga produkter sådan utrustning eller materiel väljas som inte kan omsättas av landstingskommunerna.

Vad gäller lagerhållning bör det långsiktiga målet vara att all regional och lokal förvaltning skall överföras till landstingskommunerna, medan berörda centrala myndigheter behåller ansvaret för sådan specifik utrustning och materiel som normalt ej förekommer inom landstingskommunernas verksamhet eller som av andra skäl ej lämpligen kan integreras med sjukvårdshuvudmännens ordinarie försörjningssystem.

Socialstyrelsen konstaterade efter försöksverksamhet inom Södermanlands läns landsting (se avsnitt 3) att möjligheterna att inordna förbrukningsmateriel är störst och därför kan realiseras snabbast. I ett längre tidsperspektiv skulle den medicinsk-tekniska apparaturen komma, medan en integrerad textillagring sannolikt skulle ta den längsta tiden att genomföra.

Utredningen ansluter sig till socialstyrelsens bedömningar i detta avseende. Förutsättningarna för ett inordnande av förbrukningsmaterielen i landstingskommunernas materielsystem är särskilt gynnsamma, eftersom den planerade uppbyggnaden av uthålligheten inom den civila hälso- och sjukvården ännu inte påbörjats.

Utredningen föreslår därför att frågor rörande förbrukningsmaterielen prioriteras i förhandlingarna. De mer svårlösta problemen med upphandling, lagerhållning och omsättning av utrustning och textilier bör behandlas först sedan förhandlingarna om förbrukningsmaterielen kunnat slutföras. Härigenom kan ett genomförande av utredningens förslag ske successivt och i den takt som de praktiska förutsättningarna medger.

Huvudmännens principiellt positiva inställning till en medverkan i fråga om omsättning och i möjlig mån lagerhållning av utrustning och förbrukningsmateriel för samhällets sjukvårdsberedskap är dokumenterad. En

förutsättning härför är dock att ersättningsfrågorna löses. Det kan vidare framhållas att flera landstingskommuner nu överser sin förrådshållningsorganisation, varvid här aktuella behov kan beaktas.

Någon bedömning av de ekonomiska konsekvenserna av utredningens förslag har inte kunnat göras, eftersom statsmakterna inte fastställt hur och i vilken utsträckning utbyggnaden av förbrukningsmaterielberedskapen skulle ske vid ett oförändrat materielförsörjningssystem. Utredningen vill därvid erinra om att socialstyrelsen framhållit, att det skulle vara praktiskt taget omöjligt att för avspärrning eller krig med nuvarande system säkra erforderlig materieltillgång med hänsyn till den snabba utvecklingen inom området.

Utredningen kan för sin del inte finna annat än att en så långtgående integrering med landstingskommunernas ordinarie materielförsörjningssystem som möjligt erbjuder stora fördelar vad gäller såväl effektiviteten som försörjningsberedskapens styrka.

Statens förhandlingsnämnd har enligt sin instruktion till uppgift att bl. a. föra förhandlingar med kommuner och landstingskommuner om villkor för samverkan mellan staten och huvudmännen inom sjukvården. Utredningen föreslår att statens förhandlingsnämnd ges i uppdrag att genomföra förhandlingar med av utredningen angivna förutsättningar. Parallellt med förhandlingarna, som i en första etapp bör syfta till framtagande av ett normalavtal som underlag för överenskommelser med de enskilda sjukvårdshuvudmännen, bör för vinnande av ytterligare praktiska erfarenheter och för att förbättra det ekonomiska underlaget konkret försöksverksamhet kunna inledas inom någon eller några landstingskommuner.

Utredningen har tidigare framhållit att en landstingskommunal medverkan i totalförsvarets försörjningsberedskap ställer krav på ökad samverkan mellan berörda statliga myndigheter och mellan landstingskommunerna. Behovet av samarbete mellan myndigheterna och landstingskommunerna kommer självfallet också att vara betydande. För att systematisera denna samverkan föreslås att en samordningsgrupp tillkallas. Samordningsgruppen bör bestå av representanter för sjukvårdshuvudmännen genom landstingsförbundet och Spri samt för staten genom civilförsvarsstyrelsen, försvarets sjukvårdsstyrelse, socialstyrelsen och överstyrelsen för ekonomiskt försvar. Samordningsgruppen bör tillkallas i samband med att förhandlingar upptas och kommer härigenom bl. a. kunna bidra med underlag för förhandlingsarbetet. Utredningen vill i det sammanhanget erinra om att ÖEF i december 1977 tillkallat en samarbetsgrupp för sjukvårdsmaterielfrågor, i vilken ingår representanter för såväl statliga myndigheter som sjukvårdshuvudmännen.

Samordningsgruppen bör även vara ett forum för frågor om t. ex. förrådslokaler, datasystem, ekonomirutiner, kodifieringar, sortiment, upphandling, omsättning och transporter. Genom ett sådant organ skapas också en personalkompetens på central nivå i sjukvårdens försörjningsfrågor, som skulle vara av stort värde i krig.

Inom socialstyrelsen pågår f. n. en utredning om behovet av olika slag av sjukvårdsmateriel under en avspärrnings- och/eller krigsperiod (UFF, se avsnitt 4). Enligt vad utredningen inhämtat kommer resultatet av arbetet inom socialstyrelsen att kunna redovisas successivt. Utredningsarbetet inom

socialstyrelsen utgör således inget hinder för att förhandlingar upptas innan socialstyrelsen slutfört sitt uppdrag.

Metoder och kunskaper finns för att nu bygga upp en bättre försörjnings-säkerhet för hälso- och sjukvården. Mot bakgrund av sjukvårdens betydelse för försvarsvilja och uthållighet vill utredningen understryka vikten av att de för dess funktionsmöjligheter avgörande försörjningsfrågorna snarast får en lösning.

I enlighet med vad som ovan anförts föreslår utredningen

att statens förhandlingsnämnd får i uppdrag att uppta förhandlingar om kommunal och landstingskommunal medverkan i försörjningsberedskapen för hälso- och sjukvården samt

att en samordningsgrupp tillkallas bestående av representanter för sjukvårdshuvudmännen och berörda statliga myndigheter.

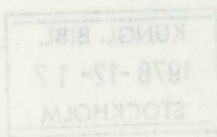
Beslut i detta ärende har fattats av ledamöterna Petersson, ordförande, Litzner och Nilsson i närvaro av experterna Börjeson, Gyllö, Lindgren, Lundgren, Orrö, Persson och Wiktorin samt sekreteraren Skoglund, den senare föredragande.

Stockholm dag som ovan

Utredningen om sjukvården i krig

Per Petersson
ordförande

/Caj Skoglund
sekreterare



Statens offentliga utredningar 1978

Kronologisk förteckning

1. Stat-kyrka. Ändrade relationer mellan staten och svenska kyrkan. Kn.
2. Stat-kyrka. Bilaga 1. Kyrkans framtida organisation. Kn.
3. Stat-kyrka. Bilaga 2-12. Utredningar i delfrågor. Kn.
4. Skolplanering och skolstorlek. Faktaredovisning och bedömningsunderlag. U.
5. Föräldrautbildning. S.
6. Ny skogspolitik. Jo.
7. Skog för framtid. Jo.
8. Hyresrätt 2. Lokalhyra. Ju.
9. Ny konkurrensbegränsningslag. H.
10. Barnets rätt. 1. Om förbud mot aga. Ju.
11. Kapitalmarknaden i svensk ekonomi. E.
12. Kapitalmarknaden i svensk ekonomi. Bilaga 1. E.
13. Kapitalmarknaden i svensk ekonomi. Bilaga 2-4. E.
14. Arbete åt handikappade. A.
15. Praktikfrågor-åtgärder i ett kort perspektiv. U.
16. Regional konsumentpolitisk verksamhet. H.
17. Energi. I.
18. Öresundsförbindelser. K.
19. Öresundsförbindelser. Bilaga A. Ritningar. K.
20. Öresundsförbindelser. Bilaga B. Konsekvenser för företag och hushåll. K.
21. Bemanning av fartyg. K.
22. Energi, strukturomvandling och sysselsättning. A.
23. Växtförädling. Jo.
24. Ny renhållningslagstiftning. Jo.
25. Etablering av miljöstörande industri. Bo.
26. Hälso- och sjukvårdspersonalen. S.
27. Fortsatt körkortsreform. K.
28. Kvinnors förvärvsarbete och förvärvshinder. A.
29. Arbete i jordbruk och trädgård. A.
30. Brand inomhus. Bo.
31. Trafikpolitik-kostnadsansvar och avgifter. K.
32. Ny indelningslag för kommuner, landstingskommuner och församlingar. Kn.
33. Ordningsvakter. Ju.
34. Förstärkt skydd för fri- och rättigheter. Ju.
35. Regional utvecklingsplanering, länsplanering, vidgad länsdemokrati. Kn.
36. Arrenderätt 1. Ju.
37. Hotell- och restaurangbranschen. H.
38. Jämställdhet i arbetslivet. A.
39. Föräldraförsäkring. S.
40. Tvistlösning på konsumentområdet. H.
41. Statlig personalutbildning. B.
42. Kommunernas medverkan i sysselsättningsplanering. A.
43. Miljökostnader. Jo.
44. Kommunalt hälsoskydd. S.
45. Allmän arbetslöshetsförsäkring. A.
46. Att främja regional utveckling. I.
47. Att främja regional utveckling. Bilagedel. I.
48. Konkurrens på lika villkor. B.
49. Energi. Hälso-miljö- och säkerhetsrisker. I.
50. Ny vårdutbildning. U.
51. Svensk trädgårdsnäring. Jo.
52. Lägg besluten närmare människorna! Kn.
53. Förbud mot investeringar i Sydafrika. H.
54. Personregister-Datorer-Integritet. Ju.
55. Att sambo och gifta sig. Ju.
56. Kultur och information över gränserna. Ud.
57. Resor till arbetet. A.
58. Organisatoriska frågor inom länsstyrelsen. Kn.
59. JK-ämbetet. Ju.
60. Arbetsmarknadspolitik i förändring. A.
61. Biståndets organisation. Ud.
62. Regionalpolitiska stödformer och styrmedel. A.
63. Riksdagens insyn i statliga företag. I.
64. Översyn av vallagen 1. Ju.
65. Skolan. En ändrad ansvarsfördelning. U.
66. Andelsbolagslag. Ju.
67. Nya bolagsregler m. m. Ju.
68. Industri till Norrbotten. I.
69. Upphovsrätt I. Fotokopiering inom undervisningsverksamhet. Ju.
70. Regionsjukvården. S.
71. Regionsjukvården. Huvudbilaga 1 - Medicin och onkologi. S.
72. Regionsjukvården. Huvudbilaga 2 - Kirurgi. S.
73. Kontroll av utländsk företagsetablering i Sverige m. m. Ju.
74. Husläkare. S.
75. Fiska på fritid. Jo.
76. Stat-kyrka. Remissammanställning. Kn.
77. Högre regional ledning. Fö.
78. Långtidsutredningen 1978. E.
79. Förslag till undersökning om hushåll, bostäder och sysselsättning 1980. E.
80. Bättre miljöskydd I. Jo.
81. Anställning av arbetshandikappade i stat och kommun. Slutrapport från försöksverksamhet i Jönköping, Piteå och Stockholm. A.
82. Läkaren och den svårt sjuka patienten. S.
83. Sjukvården i krig. S.

KUNGL. BIBL.

1978-12-12

STOCKHOLM

Statens offentliga utredningar 1978

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Hysesrätt 2. Lokalhyra. [8]
Barnets rätt. 1. Om förbud mot aga. [10]
Ordningsvakter. [33]
Förstärkt skydd för fri- och rättigheter. [34]
Arrenderätt 1. [36]
Personregister-Datorer-Integritet. [54]
Att sambo och gifta sig. [55]
JK-ämbetet. [59]
Översyn av vallagen 1. [64]
1974 års bolagskommitté. 1. Andelsbolagslag. [66]
2. Nya bolagsregler m. m. [67]
Upphovsrätt I. Fotokopiering inom undervisningsverksamhet. [69]
Kontroll av utländsk företagsetablering i Sverige m. m. [73]

Utrikesdepartementet

Kultur och information över gränserna. [56]
Biståndets organisation. [61]

Försvarsdepartementet

Högre regional ledning. [77]

Socialdepartementet

Föräldrautbildning. [5]
Hälsa- och sjukvårdspersonalen. [26]
Föräldraförsäkring. [39]
Kommunalt hälsoskydd. [44]
Regionsjukvårdsutredningen. 1. Regionsjukvården. [70] 2. Region-sjukvården. Huvudbilaga 1 – Medicin och onkologi. [71] 3. Region-sjukvården. Huvudbilaga 2 – Kirurgi. [72]
Husläkare. [74]
Läkaren och den svårt sjuke patienten. [82]
Sjukvården i krig. [83]

Kommunikationsdepartementet

1975 års danska och svenska öresundsdelegationer. 1. Öresunds-förbindelser. [18] 2. Öresundsförbindelser. Bilaga A. Ritningar. [19]
3. Öresundsförbindelser Bilaga B. Konsekvenser för företag och hushåll. [20]
Bemannning av fartyg. [21]
Fortsatt körkortsreform. [27]
Trafikpolitik-kostnadsansvar och avgifter. [31]

Ekonomidepartementet

Kapitalmarknadsutredningen. 1. Kapitalmarknaden i svensk eko-nomi. [11] 2. Kapitalmarknaden i svensk ekonomi. Bilaga 1. [12] 3. Kapitalmarknaden i svensk ekonomi. Bilaga 2-4. [13].
Långtidsutredningen 1978. [78]
Förslag till undersökning om hushåll, bostäder och sysselsättning 1980. [79]

Budgetdepartementet

Statlig personalutbildning. [41].
Konkurrens på lika villkor. [48].

Utbildningsdepartementet

Skolplanering och skolstorlek. Faktaredovisning och bedömnings-
underlag. [4]
Utredningen om vissa vårdutbildningar inom högskolan. 1. Praktik-
frågor-åtgärder i ett kort perspektiv. [15] 2. Ny vårdutbildning.
[50]
Skolan. En ändrad ansvarsfördelning. [65]

Jordbruksdepartementet

1973 års skogsutredning. 1. Ny skogspolitik. [6] 2. Skog för fram-
tid. [7]
Växtförfärdling. [23]
Ny renhållningslagstiftning. [24]
Miljökostnader. [43]
Svensk trädgårdsnäring. [51]
Fiska på fritid. [75]
Bättre miljöskydd I. [80]

Handelsdepartementet

Ny konkurrensbegränsningslag. [9]
Regional konsumentpolitisk verksamhet. [16]
Hotell- och restaurangbranschen. [37]
Tvistlösning på konsumentområdet. [40]
Förbud mot investeringar i Sydafrika. [53]

Arbetsmarknadsdepartementet

Sysselsättningsutredningen. 1. Arbete åt handikappade. [14] 2.
Energi, strukturomvandling och sysselsättning. [22] 3. Kvinnors
förvärvsarbete och förvärvshinder. [28] 4. Kommunernas medver-
kan i sysselsättningsplanering. [42] 5. Resor till arbetet. [57] 6.
Regionalpolitiska stödformer och styrmedel. [62] 7. Anställning av
arbetshandikappade i stat och kommun. Slutrapport från försöks-
verksamhet i Jönköping, Piteå och Stockholm. [81]
Arbete i jordbruk och trädgård. [29]
Jämställdhet i arbetslivet. [38]
Allmän arbetslöshetsförsäkring. [45]
Arbetsmarknadspolitik i förändring. [60]

Bostadsdepartementet

Etablering av miljöstörande industri. [25]
Brand inomhus. [30].

Industridepartementet

Energikommisionen. 1. Energi. [17] 2. Energi. Hälsa-miljö- och
säkerhetsrisker. [49]
Expertgruppen för regional utredningsverksamhet. 1. Att främja
regional utveckling. [46] 2. Att främja regional utveckling. Bilagedel.
[47] 3. Industri till Norrbotten. [68]
Riksdagens insyn i statliga företag. [63]

Kommundepartementet

Kyrkoministernas stat-kyrka grupp. 1. Stat-kyrka. Ändrade relationer
mellan staten och svenska kyrkan. [1] 2. Stat-kyrka. Bilaga 1.
Kyrkans framtida organisation. [2] 3. Stat-kyrka. Bilaga 2-12.
Utredningar i delfrågor. [3] 4. Stat-kyrka. Remissammanställning.
[76]
Ny indelningslag för kommuner, landstingskommuner och försam-
lingar. [32]
Regional utvecklingsplanering, länsplanering, vidgad länsdemokrati.
[35]
Lägg besluten närmare människorna! [52]
Organisatoriska frågor inom länsstyrelserna. [58]



LiberFörlag
Allmänna Förlaget

ISBN 91-38-04452-8
ISSN 0375-250X