

# Fältsjukhusens återkomst<sup>I</sup>

av Henrik Lund

## Résumé

How to take care of the wounded soldier has always been a question for a fighting army. The level of care has been ranging from leaving soldiers behind to today's modern standard in expeditionary forces with surgery and intensive care close to the site of injury. The Swedish Armed Forces are well ahead in the work with advanced field care but lacking the capability to handle a large number of casualties during war, especially during a prolonged conflict. The number of casualties in a brigade in combat will quickly exceed what the military medical organization can handle. Because of the Swedish public healthcare and emergency hospitals low capability in adapting to the challenges of war there is an urgent need for the Swedish Armed Forces to upgrade its own field hospital organization. These hospitals should be manned with conscripts working at civil hospitals during peacetime in order to maintain their skills. The army should focus on providing them with military training. The field hospitals must be able to move and act together with a fighting brigade.

FÖRSVARSMAKTEN SAKNAR IDAG förmågan att på egen hand omhänderta stora volymer skadade soldater. Det finns heller ingen möjlighet att förlita sig på den civila sjukvården som ännu inte har förmågan att på ett organiserat sätt ställa om till krigssjukvård. Slutsatsen blir att Försvarsmakten måste återuppbygga en reell fältsjukhusförmåga.

## Frågeställning

Vad behöver Försvarsmakten för att kunna bedriva en trovärdig krigssjukvård?

## Avgränsningar

Artikeln avser att undersöka den tillväxande Försvarsmaktens behov av krigssjukvård i form av fältsjukhus och då med fokus på den primärkirurgiska förmågan. Artikeln berör inte behovet av en fungerande sjuktransportkedja och uppföljande kirurgiska åtgärder.

## Behovet av effektiv krigssjukvård

### Tillbakablick och dagens behov

Hur vi ska omhänderta den skadade soldaten är en fråga som det genom tiderna funnits många olika svar på. Under 30-åriga kriget lämnades sårade soldater att dö på slagfältet. Under andra världskriget kunde den sårade med lite tur få ett basalt omhändertagande i direkt anslutning till stridslinjen. För att överleva fick dock skadorna inte vara värre än att soldaten tålde en lång transport till en bakre uppsamlingsplats, ett sjukhus eller ett lasarettsfartyg. Detta förutsatte förstås att man inte blev tillfångatagen eller tillhörde en armé där skadade betraktades som desertörer och nekades behandling av den anledningen.<sup>2</sup> Förenta staterna satsade under Vietnamkriget på helikoptrar och en snabb evakuering till sina fältsjukhus vilket även

har varit den svenska modellen under åren i Afghanistan.<sup>3</sup>

Under senare delen av 1900-talets kalla krig hade Sverige enligt många en krigssjukvård i världsklass.<sup>4</sup> Det var en organisation som med väl övad personal och funktionell fältduglig materiel i tillräcklig mängd hade till uppgift att kunna sköta omhändertagandet och kirurgin åt brigaderna. Organisationen involverade även, genom en sjuktransportkedja, den civila sjukvården så att krigsförbanden inte skulle belastas av det skadeutfall striden genererade.<sup>5</sup>

Att en väl fungerande sjukvård är av största vikt för stridsviljan borde det inte råda några tvivel om.<sup>6</sup> Krig har i alla tider inneburit skadade soldater och även om vapenteknologin och krigskonsten utvecklas så handlar strid fortfarande om att åsamka motståndaren förluster.

## **Försvarsmaktens sjukvård av idag, modern men olämplig för stora volymer skadade**

En väl utvecklad organisation för krigssjukvård vid strid på Sveriges territorium har under flera decennier överhuvudtaget inte existerat. Den minimala sjukvårdsorganisation Försvarsmakten haft de senaste årtiondena har i stället ingått i utlandsstyrkan där man kunnat erbjuda högkvalificerad kirurgi i direkt anslutning till skadeplats. Vid behov har man även kunnat erbjuda avancerad intensivvård på plats och under evakuering hela vägen hem till Sverige. Vår nationella förmåga, exempelvis inom hemvärnet, har mestadels bestått i initial kamrathjälp och därefter överlämning till civil ambulanssjukvård.

Idag bygger striden framför allt på eld och rörelse.<sup>7</sup> I händelse av ett skadeutfall önskar därför en förbandschef att kunna avtransportera den skadade soldaten så att

denne inte drar ned förbandets rörlighet. En skadad soldat kräver dessutom vård och omsorg från kamrater som annars i stället hade kunnat strida.

Under de senaste årtiondena då Försvarsmakten haft fokus på internationella insatser utomlands har vi haft förmånen att med gott resultat kunna satsa stora belopp på att bygga upp en förstklassig sjukvårdskedja för utlandsstyrkan.<sup>8</sup> Försvarsmedicincentrum har bland annat skapat två sjukhuskompanier med bitvis hög kompetensnivå och modern materiel speciellt framtagna för utlandstjänstens krav.<sup>9 10</sup> Fokus har varit att med maximala sjukvårdsinsatser göra allt för en eller ett fåtal patienter där stridshandlingarna karakteriseras som lågintensiva. Dessa kompanier har förvisso planer för omhändertagande vid masskadeutfall men då endast undantagsvis och under begränsad tid.<sup>11 12</sup> De lämpar sig i sin nuvarande form alltså sämre för en mekaniserad brigad på hemmaplan där masskadeutfall är normalutfallet vid stor strid.<sup>13 14</sup>

De befintliga sjukhuskompanierna är med sin höga kostnad, begränsade rörlighet och låga mottagningskapacitet med endast tolv operationer<sup>15</sup> per dygn inte lämpliga för den svenska kontexten ens om de duplicerades till ett stort antal.

## **Bemanningen av sjukvårdsorganisationen**

En annan anledning till att befintliga sjukhuskompanier inte fungerar som en modell för territorialförsvarets framtida fältsjukhus är att personalen är anställd och inte lyder under lagen om totalförsvarspålit.<sup>16</sup> Anställning är möjligen en lämplig bemanningsmodell för stationära installationer vid utlandsmissioner dit personalen roteras ned för sammanhängande tjänstgöringsperioder. Nackdelen med att anställda läkare och

sjuksköterskor i Försvarsmakten är förutom lönekostnaden en förlust av sjukvårdskompetens. Sjukvårdspersonal ska givetvis tränas som soldater men om de inte får verka skarpt i sin civila profession så riskerar de att mista de kunskaper Försvarsmakten efterfrågar. Denna medicinska kompetens vidmakthålls bäst på ett civilt sjukhus.

I Försvarsmaktens tidigare krigsorganisation ingick *Fältsjukhus 93*.<sup>17</sup> Detta var ett fältsjukhus som passade det dåtida invasionsförsvaret och kanske kan tjäna som riktmärke för vad en försvarsmakt i tillväxt kan behöva. Sjukhuset hade nästan 500 befattningar och kunde genomföra 55 operationer per dygn. Personalstyrkan möjliggjordes tack vare att cheferna var läkare i reserven och de övriga ingående läkarna och sjuksköterskorna var pliktpersonal. Dessa hade en grundläggande militär utbildning och krigsplacerades på fältsjukhuset efter examen.

Ingenting i lagen hindrar att denna bemanningsform nyttjas även idag.<sup>18</sup>

Försvarsmaktens sjukvårdsorganisation måste bestå av pliktpersonal. På så sätt hålls kostnaderna nere och fältsjukhusens behov tillgodoses både avseende numerär och reell sjukvårdskompetens.

## Teknologiska landvinningar, en väg att gå?

Sjukvård är nog den del av kriget som för stunden är minst betjänt av teknologiska lösningar. Även om de medicinska vetenskaperna utvecklats så är de landvinningarna vi ser idag oftast beroende av en ostörd miljö utan alla de friktioner som uppstår i krig. Än så länge är ett förstklassigt traumaomhändertagande mycket av ett hantverk, beroende av klinisk blick och klassiskt lagarbete.<sup>19</sup> Försvarsmakten har lyckligtvis, trots engagemang i utlandet, knappt haft

några förluster<sup>20</sup> och bör därför inte lägga pengar på utveckling av nya metoder för traumaomhändertagande. Detta bör lämnas åt den civila medicinska professionen där trauma förekommer i den vardagliga verksamheten. Som exempel kan en svensk jourhavande läkare på kort tid se fler skadade än Försvarsmakten omhändertagit sedan millennieskiftet. Forskning finansierad av Försvarsmakten bör i stället inriktas på det som är specifikt för den militära kontexten och som inte utvecklas av civila institutioner.

Även om den civila sjukvården alltmer nyttjar digitala lösningar är detta inte med självklarhet lämpligt för den militära kontexten. Elektronisk journalhantering, patientspårningsteknik och distanskonsultationer är system som förutom kostsam utveckling och tidskrävande utbildning för brukarna även kräver kontinuerligt tekniskt underhåll och driftssupport. Digitala lösningar via radionätet betyder även konkurrens om bandbredd och risk för röjande signaler.

Behovet i krig är basal kirurgi ”on-demand”. Metoderna som tillämpas måste hållas på en enkel nivå och kunna utföras i stor skala vilket även ska återspeglas i metoder för anestesi och postoperativ vård. Fältsjukhus med tillräcklig operationskapacitet måste finnas i nära anslutning till striderna. Vården som ges ska givetvis följa vetenskap och beprövad erfarenhet men viktigast är att den anpassas till krigets lägre ambitionsnivå.

## Den civila sjukvården i totalförsvaret

### Patientflöden, flyktingströmmar och evakuering i krig

Utifrån erfarenheter från konflikter i när-tid och beskrivningar av ett framtida krig

kommer det troligen inte som förr att finnas en bakre fredad zon, långt från frontens strider.<sup>21</sup> Detta innebär att det inte med självklarhet kommer att finnas delar av riket som är fria från samhällsstörningar där den civila sjukvården fungerar någorlunda normalt. Med normalt fungerande menas här ett scenario där sjukhusen lyckats ställa om verksamheten till ett för krig anpassat sätt att prioritera och arbeta. Exempel på detta är de vårdprinciper avsedda för krig som utarbetades av Socialstyrelsen på 1990-talet men som fallit i glömska.<sup>22</sup> Dessa hade till uppgift att vägleda sjukvården i prioriteringen av patienter och syftade till en effektiv och jämlik sjukvård. Genom att sänka ambitionsnivån kan knapphändiga resurser koncentreras på den patient som har störst möjlighet att tillgodogöra sig vården. ”Att på ett ordnat och rättvist sätt göra mesta möjliga för så många som möjligt.” En sänkning av vårdnivån måste dock ske samfällt och på ett välorganiserat sätt vilket idag är problematiskt då de 21 olika sjukvårdsregionerna i och med det kommunala självstyret själva beslutar om hur de vill prioritera. Om sjukvårdsregionerna i stället för att på ett organiserat sätt sänka vårdnivån och därmed låter sjukvården kollapsa ökar även risken för interna flyktingströmmar. Patienter kommer att söka sig till andra sjukhus i hopp om att få behandling för exempelvis en kronisk sjukdom.

Om det inte finns några delar av landet där sjukvården fungerar ”normalt” finns det heller inga möjligheter att omdisponera resurser och styra patientflöden ”bakåt”. Skadefall inom ett geografiskt avgränsat område kommer att kräva vårdresurser i eller direkt anslutning till platsen där stridshandlingarna sker. Med tanke på hur hybridkrigföring<sup>23</sup> kan tänkas användas mot Sverige så kommer även de ställen som inte

drabbas av direkta strider att ha ett stort civilt skadefall och/eller en delvis begränsad kapacitet på sjukhusen vilket utesluter att skadade soldater evakueras hit.

Under 1990-talets kalla krig övades evakuering av städer med tanken att de stridshandlingar som i händelse av invasion riktades mot dessa inte skulle generera stora civila förluster.<sup>24</sup> Även om det idag vore möjligt att förutse att strider kommer att ske exempelvis i en storstadsregion så är det inte längre möjligt att storskaligt och ordnat evakuera befolkningen. Än så länge finns inga planer på hur en sådan omflyttning skulle kunna genomföras. Ingen organisation för att leda trafikflöden finns. Inte heller existerar det några förberedda platser med nödvändig infrastruktur för att kunna ta emot de flyende. Vi kommer således att tvingas strida i urbana områden där det finns många civila.<sup>25</sup> Den civila sjukvård som finns i stridszonen kan förväntas vara hårt ansträngd med att ta hand om civilbefolkningen.<sup>26</sup> Med vetenskapen om detta så får det inte vara en planeringsförutsättning att vi ska avlämna våra skadade soldater till en civil inrättning då dessa redan kommer att vara överbelastade. Idag finns det för ett civilt sjukhus inte heller någon möjlighet att skilja ut och bevaka de krigsfångar som behöver vård.

Den civila sjukvården kommer inte att ha någon kapacitet över för att primärt ta hand om Försvarsmaktens skadade soldater. Arméförbanden kan inte förvänta sig någon storskalig medicinsk evakuering och måste därför bära med sig sin egen kirurgiska förmåga. Den måste dimensioneras för stor strid och därför organiseras i form av fältsjukhus. Fältsjukhusen blir särskilt viktiga när striden sker i de delar av landet som är glest befolkade och med långa avstånd till sjukhus.

## Civil sjukvård överbelastad i fred och oförberedd för krig

Idag finns det bland sjukvårdens personal en liten, åldrande skara som har erfarenhet av ett totalförsvaret där sjukvården ingick som en naturlig del. De är bekanta med den typen av triagering som krävs i krig. Yngre läkare har förvisso tvingats bli duktiga på att prioritera men då i ett normalflöde på akutmottagningen där huvudproblematiken är bristen på vårdplatser. Här är det viktigt att komma ihåg att den prioritering och de avväganden som görs i ett normalt flöde i fred närmast är att betrakta som en ”västanfläkt” jämfört med situationen i krig. Tyvärr lever svensk sjukvård inklusive Socialstyrelsen trots Coronapandemin fortfarande i villfarelsen att sjukvårdsberedskap för totalförsvaret är detsamma som dagens krisberedskap men i större skala. Exempelvis att en katastrof skulle motsvaras av en bussolycka. En bussolycka har en definierad mängd skadade patienter, saknar dynamiskt förlopp och ställer endast under en kort tidsperiod ökade krav på sjukvården. Totalförsvarets

sjukvård ska möta krigets krav vilket innebär multipla ”bussolyckor” geografiskt spridda och under en lång tidsperiod. Civilsamhället behöver planera och utbilda sig inför detta men framförallt bedriva övningsverksamhet.

Det behövs tydliga planer, riktlinjer för hur civil krigssjukvård ska bedrivas, samlade lägesbilder och när så behövs, en samfäll och organiserad sänkning av vårdnivån. Vi behöver robusta sjukvårdsinrättningar, säker tillgång till engångsmateriel och en tydlighet när vi ska övergå till att betrakta allt som flergångs dito (vilket lämpligen sker långt innan vi bryter den sista förpackningen).

## Försummad beredskap var påtaglig när sjukvården utsattes för påfrestningar

Regionernas självständighet enligt principen om kommunalt självstyre och därmed en total frånvaro av central samordning blev mycket tydlig under Coronapandemin. I början av 2000-talet avvecklades de statliga beredskapslagren och ansvaret förflyttades till kommuner och sjukvårdsregioner.<sup>27</sup>

### *Skilnader fred, katastrof och krig vid omhändertagande av traumapatienter*

VARDAG	KRIS/KATASTROF I FREDSTID	KRIG
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traumavårdskedja av mycket högkvalitet i Sverige</li> <li>• En till några få skadade</li> <li>• Stora resurser satsas på enstaka patienter</li> <li>• Centralisering av högspecialiserad traumavård</li> <li>• Annan verksamhet påverkas ej</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Många skadade</li> <li>• Kan kräva ändrade prioriteringar</li> <li>• Tillfällig omställning av resurser på sjukhuset</li> <li>• Andra funktioner fungerar normalt i samhället</li> <li>• Hjälp kan fås från andra regioner och länder</li> <li>• Alla skadade kan initialt ej tas till högspecialiserat traumacenter</li> <li>• Snabbt övergående</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &gt; 10.000-tals skadade</li> <li>• Hela samhället drabbat, svåra samhällsstörningar</li> <li>• &gt; 3 månader</li> <li>• Brist på läkemedel, utrustning och förbrukningsmateriel</li> <li>• Beredskaps- och reservrutiner krävs (journaler, IT, el, drift, lokaler etc.)</li> <li>• Hjälp utifrån kan ej påräknas</li> <li>• Total omställning och ändrade prioriteringar</li> <li>• Traumafall omhändertas på lokal vårdinrättning</li> </ul>

Källa: Karl Chevalley, Beredskapsöverläkare Västra Götalandsregionen.

Regionerna ska enligt lagstiftningen kunna hantera krissituationer i fred och ansvarar också för beredskapen inom hälso- och sjukvården vilket de hade försummat. Tillgången på engångsmaterial var bristfällig, vårdplatser saknades och kombinationen med en redan hårt ansträngd intensivvård gjorde det svårt att ta emot alla som behövde hjälp. Att många patienter under pandemin ändå fått adekvat sjukvård är, inte tack vare, utan trots frånvaron, av beredskapsförberedelser.<sup>28</sup>

Läkemedelsbristen för intensivvården var påtaglig initialt under pandemin.<sup>29</sup> Anestiläkemedel för att på ett modernt och säkert sätt kunna söva patienter blev snabbt en bristvara då leveranserna vanligtvis (och fortsättningsvis) sker ”just-in-time”. Detta kortsiktiga sätt att hålla nere kostnaderna blev snabbt mycket kännbart för de patienter som fick sövas med äldre och ibland avregistrerade läkemedel med en mer uttalad biverkningsprofil. Redan 2019 påpekades i rapporten ”Resursförstärkt läkemedelsförsörjning inför kris, höjd beredskap och krig” faran med ”just-in-time-konceptet” för läkemedel.<sup>30</sup>

Just frånvaron av central samordning har varit ett stort problem. Det fanns initialt ingen samlad lägesbild över sjukhusens beläggning och heller ingen plan för hur det ojämna inflödet av patienter mellan de olika regionerna skulle hanteras. Regionerna själva kunde välja hur de ville prioritera vården och en del av de minst drabbade har till och med kunna bibehålla en normal operationskapacitet samtidigt som andra regioner tvingats till mycket hårda prioriteringar.<sup>31</sup> Här är det viktigt att komma ihåg att pandemin har varit en ”singulär friktion”, förvisso med många ”ringar på vattnet” men utan en aktiv motståndare som har kunnat välja vilka påfrestningar samhället ska utsättas för. Exempelvis har sjukhusen inte behövt hantera onormalt långa elavbrott

eller IT-störningar. Vi har även haft totalt luftherravälde vilket betydligt underlättat Försvarsmaktens luftburna intensivvårds transporter.<sup>32 33</sup>

Den bristande civila beredskapen, vilket pandemin tydliggjorde, visar att Försvarsmakten under överskådlig tid inte kommer att kunna förlita sig på den civila sjukvården.

## Slutsats

Sammantaget så har Sverige idag en civil sjukvård som inte har planerat för och än mindre övat för en större kris eller krig i Sverige. Pandemin blev en tydlig väckarklocka och visade på några av de sårbarheter sjukvården har. Försvarsmaktens kan inte förlita sig på och planera för att den civila sjukvården ska sköta omhändertagandet av skadade soldater. Gör vi det sviker vi inte bara våra stridande soldater utan också den civila befolkning vi är satta att försvara.

## Rekommendation till Försvarsmakten

Försvarsmakten behöver omgående bygga upp en reell krigssjukvård. Denna måste innefatta fältsjukhus med förmåga att verka under de förutsättningar ett krig i Sverige innebär, dels för våra stridande förband men även med hänsyn till de friktioner som samhället utsätts för. Satsningar bör i första hand läggas på en fungerande organisation.

Sjukvårdsförbanden ska vara kompetenta och bemannas av personal som vanligtvis tjänstgör inom den civila sjukvården. De bör ha tillräcklig god rörlighet för att kunna grupperas i anslutning till där vi ska strida, underförstått att de fältsjukhusenheter som hör till brigaden måste kunna förflyttas med denna. Här kan erfarenheter från tidigare krigsorganisation, exempelvis Fältsjukhus 93, användas för att med modifieringar ge

en krigssjukvård väl anpassad till den rörliga och mångfacetterade striden vi övar för idag.

Förmågan finns när den är övad och prövad!

Författaren är specialistläkare i anestesi och intensivvård, major i reserven och stabsläkare vid högkvarteret.

## Noter

1. Essäuppgift skriven under Taktisk Stabskurs 2021/2022, vid Försvarshögskolan och innan Ryssland utökade krigföringen i Ukraina 2022.
2. Beevor, Antony: *Stalingrad*, Historiska Media, 2001.
3. Gellerfors, Mikael och Linde, Joacim: "Svensk militär sjukvård i Afghanistan håller toppklass", *Läkartidningen*, nr 6, 2014.
4. Palmlblad, Samuel: "En krigssjukvård i världsklass", Försvarsmakten, 2019, <https://www.forsvarsmakten.se/sv/information-och-fakta/var-historia/artiklar/en-krigssjukvard-i-varldsklass/>, (2022-02-22).
5. Dalenius, Eskil: "Vem hjälper Kalle?", *Arménytt*, vol 1997, nr 6.
6. *Hälso- och sjukvård i det civila försvaret*, delbetänkande av Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap, SOU 2020:23.
7. *Handbok Armé – Brigad*, Försvarsmakten, 2016.
8. Op cit, Gellerfors, Mikael och Linde, Joacim, se not 3.
9. *Försvarsmedicincentrums insatsförband*, Försvarsmakten, <https://www.forsvarsmakten.se/sv/organisation/forsvarsmedicincentrum/forsvarsmedicincentrums-insatsforband/>, (2022-02-22).
10. *Försvarsmaktsreglemente Försvarsmedicin Grunder*, Försvarsmakten, 2014.
11. Mathiasson, Mats: "Fältsjukhus inom totalförsvaret", TSK 19–20 samlade essäer, Försvarshögskolan.
12. Masskadeutfall kan definieras som en händelse där antalet skadade överstiger kapaciteten i möjligheterna till omhändertagande. Principen för omhändertagandet vid masskadeutfall bygger på är att göra mest nytta för gruppen som helhet vilket kan innebära att de med sämst prognos prioriteras bort.
13. *NATO ACE DIR 85-8*, Prognostisering personella förluster, 1993.
14. *Motståndskraft: Inriktningen av totalförsvaret och utformningen av det civila försvaret 2021–2025*, Ds 2017:66, Försvarsdepartementet, Wolters Kluwer, Stockholm 2017.
15. *Första sjukhuskompaniet*, Försvarsmakten, <https://www.forsvarsmakten.se/sv/organisation/forsvarsmedicincentrum/forsvarsmedicincentrums-insatsforband/forsta-sjukhuskompaniet/>, (2022-02-22).
16. Ibid.
17. Mattsson, Erik och Sandberg, Anders: "Fältsjukhus 93 – organisation och prestanda", Försvarsmakten, Försvarsmedicincentrum, 2020.
18. Lag (1994:1809) om totalförsvarsplikt.
19. *ATLS Advanced Trauma Life Support Student Course Manual*, 10. uppl, American College of Surgeons, 2018.
20. *Avlidna och stupade i utlandsstyrkan*, Försvarsmakten, <https://www.forsvarsmakten.se/sv/information-och-fakta/var-historia/mer-historia/avlidna-och-stupade-i-utlandsstyrkan/>, (2022-02-22).
21. Op cit, *Motståndskraft: Inriktningen av totalförsvaret och utformningen av det civila försvaret 2021–2025*, se not 14.
22. *Sjukvård i kris och krig. Omställning och ändrade prioriteringar*, Allmänna råd från Socialstyrelsen 1995:1.
23. *Militärstrategisk doktrin*, Försvarsmakten, 2016.

24. Ingemarsdotter, Jenny: *Beredskap att agera: Lärdomar för framtiden från det civila försvarets övningar 1937–1997*, Totalförsvarets forskningsinstitut, FOI-R-5109-E, 2021.
25. Hills, Alice: *Future war in cities: rethinking a liberal dilemma*, Routledge Taylor & Francis Group, 2004.
26. Op cit, *Motståndskraft: Inriktningen av totalförsvaret och utformningen av det civila försvaret 2021–2025*, se not 14.
27. *Samhällskriser och katastrofer, Juridisk handbok*, Sveriges Kommuner och Landsting, 2007.
28. *Delbetänkande 2 – Sverige under pandemin*, Coronakommissionen, SOU 2021:89.
29. ”Interna mejl avslöjar: Akut brist på läkemedel för att söva covidpatienter”, *SVT Nyheter*, 2020-05-09, <https://www.svt.se/nyheter/lokalt/stockholm/interna-mejlen-avslor-akut-brist-pa-lakemedel>, (2022-02-22).
30. Leth, Eva; Ek, Åsa; Lundgren Kownacki, Karin och Bodnar, Hajnalka: *Resursförstärkt läkemedelsförsörjning inför kris, höjd beredskap och krig*, Kunskapsunderlag, Lunds universitet, 2019.
31. Hake, Carl-Magnus: ”Två regioner går mot strömmen – har klarat operationsvolymen”, *Dagens Medicin*, 2021-05-10, <https://www.dagensmedicin.se/specialistomraden/kirurgi/tva-regioner-gar-mot-strommen-har-klarat-operationsvolymen/>, (2022-02-22).
32. Jansson, Lasse: ”Coronasmittade kan nu flygas med helikopter”, *Försvarsmakten*, 2020-04-17, <https://www.forsvarsmakten.se/sv/aktuellt/2020/04/coronasmittade-kan-nu-flygas-med-militarhelikopter/>, (2022-02-22).
33. Ohlin, Elisabet: ”Försvarsmaktens helikoptrar redo att flyga coronapatienter”, *Läkartidningen*, 2020-04-24, <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2020/04/forsvarsmaktens-helikoptrar-redo-att-flyga-coronapatienter/>, (2022-02-22).