

Hälso- och sjukvårdens beredskap

– struktur för ökad förmåga

Del 2

*Slutbetänkande av
Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap*

Stockholm 2022



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2022:6

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför

Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).

Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på regeringen.se/remisser.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet

Omslag: Elanders Sverige AB

Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2022

ISBN 978-91-525-0321-8 (tryck)

ISBN 978-91-525-0322-5 (pdf)

ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet Lena Hallengren

Regeringen beslutade den 9 augusti 2018 att tillkalla en särskild utredare för att göra en översyn av hälso- och sjukvårdens beredskap inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap samt lämna förslag på hur hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera denna typ av händelser långsiktigt bör utvecklas. Vid tre tillfällen har regeringen beslutat tilläggsdirektiv till utredningen, den 14 november 2019, den 20 augusti 2020 och den 2 september 2021.

Den 29 augusti 2018 förordnades kammaråklagaren Åsa Kullgren som särskild utredare. Som sakkunniga förordnades den 10 maj 2019 ämnesrådet Mikael Alenius, Forsvarsdepartementet, ämnesrådet Stefan Karlsson, Socialdepartementet, departementssekreteraren Jonathan Larkeus, Finansdepartementet, ämnesrådet Sverker Lönnerholm, Finansdepartementet, ämnesrådet Zandra Milton, Socialdepartementet och departementssekreteraren Lina Törner, Justitiedepartementet.

Som experter i utredningen förordnades den 10 maj 2019 ordföranden Karin Båtelson, Läkarförbundet, seniora juristen Marit Carlsson, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, medicinalrådet Lennart Christiansson, Socialstyrelsen, juristen Emilia Freij, Polismyndigheten, projektledaren Erica Hagblom, Läkemedelsverket, översten Claes Ivgren, Forsvarsmakten, vice förbundsordföranden Ann Johansson, Vårdförbundet, handläggaren Hasse Knutsson, Sveriges Kommuner och Regioner, enhetschefen Anette Richardson, Folkhälsomyndigheten, länsöverdirektören Johan von Sydow, Länsstyrelsen Stockholm, avdelningschefen Magnus Thyberg, Region Stockholm, och strategen Charlott Thyren, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. Den 27 augusti 2019 entledigades Lina Törner och samtidigt förordnades kanslirådet Maria Pereswetoff-Morath, Justitiedepartementet, som sakkunnig. Den 26 september 2019 entledigades

Jonathan Larkeus och samtidigt förordnades kanslirådet Elin Sundberg, Finansdepartementet, som sakkunnig. Den 3 december 2019 förordnades som experter verksamhetschefen Åsa Hessel, Region Sörmland, samordnaren Eva Sahlén, Sveriges Kommuner och Regioner, samt kundansvarige Lars Wallén, E-hälsomyndigheten. Från den 1 februari 2020 entledigades Lennart Christiansson. Den 1 februari 2021 förordnades ställföreträdande krisberedskapschefen Taha Alexandersson, Socialstyrelsen, som expert. Den 27 april 2021 entledigades Stefan Karlsson och Maria Pereswetoff-Morath som sakkunniga och i stället förordnades som sakkunniga kanslirådet Erika Nilsson, Socialdepartementet, och kanslirådet Anders Klahr, Justitiedepartementet. Den 5 maj 2021 förordnades avdelningschefen Daniel Lilja, Inspektionen för vård och omsorg, som expert. Den 11 oktober 2021 entledigades Johan von Sydow och i stället förordnades beredskapsdirektören Niklas Nordgren som expert.

Som huvudsekreterare i utredningen anställdes juristen Ulrika Ternby från den 21 januari 2019. Som sekreterare i utredningen anställdes apotekaren Fredrik Ax från den 1 januari 2019, ämnesrådet Hans Hagelin från den 1 april 2019, beredskapssamordnaren Eva Bengtsson på 60 procent från den 1 maj 2019, f.d. medicinalrådet Lennart Christiansson på 20 procent från den 1 februari 2020, hälsoekonomen Emin Ekström från den 10 augusti 2020 och utredningschefen Jessica Bylund på 20 procent från den 17 augusti 2020.

Utredningen, som har antagit namnet Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap, har tidigare lämnat två delbetänkanden. Den 1 april 2020 lämnade utredningen delbetänkandet *Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning* (SOU 2020:23) och den 31 mars 2021 delbetänkandet *En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården* (SOU 2021:19). Utredningen överlämnar härmed slutbetänkandet *Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga*, (SOU 2022:6). Uppdraget är härigenom slutfört.

Stockholm i februari 2022

Åsa Kullgren

/Fredrik Ax
Eva Bengtsson
Jessica Bylund
Lennart Christiansson
Emin Ekström
Hans Hagelin
Ulrika Ternby

Innehåll

DEL 1

Sammanfattning	21
1 Författningsförslag	41
1.1 Förslag till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168).....	41
1.2 Förslag till lag om ändring i lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.....	42
1.3 Förslag till lag om ändring i lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap.....	43
1.4 Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659).....	44
1.5 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)	45
1.6 Förslag till förordning om viss planering av hälso- och sjukvård och om tjänsteman i beredskap.....	52
1.7 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m.	54
1.8 Förslag till förordning om ändring i högskoleförordningen (1993:100)	55
1.9 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.....	58

2	Utredningens uppdrag och arbete	61
2.1	Utredningens uppdrag har förändrats.....	61
2.2	Många uppdrag till andra aktörer har initierats under utredningstiden.....	62
2.3	Det övergripande systemet saknas	64
2.4	Kommunal hälso- och sjukvård har nära samband med socialtjänst/omsorg.....	66
2.5	Utredningens arbetsätt	67
3	Allmänt om staten, kommuner, regioner och hälso- och sjukvård.....	69
3.1	Sverige ur ett organisationsperspektiv	69
3.1.1	Normgivning	72
3.1.2	Förvaltningsmyndigheters självständighet och myndighetsutövning	73
3.1.3	Övergripande om regioner och kommuner.....	74
3.1.4	Kommunallagen	80
3.2	Samhällets krisberedskap	87
3.2.1	Krisberedskap bygger på daglig verksamhet	88
3.2.2	Krisberedskap kan delas in i olika nivåer	90
3.2.3	Grundläggande principer för krisberedskap.....	110
3.2.4	Geografiskt områdesansvar	113
3.3	Totalförsvaret.....	115
3.3.1	Totalförsvaret 2021–2025	118
3.3.2	Gråzon och hybridhot – mellan krig och fred	121
3.3.3	Planering av totalförsvaret.....	123
3.4	Särskilt om samverkan och samordning.....	126
3.4.1	Allmänt om samordning av verksamheter.....	126
3.4.2	Samordningsansvar för hälso- och sjukvården	131
3.4.3	Samverkansområden eller beredskapssektorer....	133
3.4.4	Strukturer för samverkan och samordning inom hälso- och sjukvårdssektorn.....	138

3.5	Hälso- och sjukvårdsområdet	155
3.5.1	Vårdens utveckling och nya utmaningar som måste hanteras.....	160
3.5.2	Regionernas och kommunernas ansvar att erbjuda vård.....	161
3.5.3	Smittskydd och internationella hälsohot	166
3.5.4	Styrning och ledning av hälso- och sjukvård	168
3.5.5	Särskild sjukvårdsledning	172
3.5.6	Krisledningsnämnd.....	177
3.5.7	Ledning och beslutsförhet vid höjd beredskap....	178
4	Utmaningar för hälso- och sjukvården i kris och krig ...	183
4.1	Allmänna utgångspunkter beträffande planering av hälso- och sjukvård.....	184
4.1.1	Planeringsbestämmelser för hälso- och sjukvård....	189
4.1.2	Planering för katastrofmedicinsk beredskap	191
4.1.3	Behov av nya lagbestämmelser avseende kommuners och regioners planering	208
4.1.4	Ytterligare föreskrifter om planering	216
4.1.5	Behovet av ytterligare föreskrifter om planering och frågor om bemyndiganden	219
4.1.6	Planeringsunderlag på hälso- och sjukvårdsområdet.....	224
4.1.7	Uppdrag om erfarenhetsåterföring för planering.....	237
4.1.8	Planeringsansvisningar för totalförsvaret	248
4.2	Ledning och styrning av hälso- och sjukvård.....	265
4.2.1	Kommuner och regioner måste kunna leda sina organisationer	265
4.2.2	Särskild ledning av hälso- och sjukvård.....	268
4.2.3	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap	272
4.2.4	Behovet av ytterligare bestämmelser avseende planering för samverkan och ledning samt larmfunktioner.....	289
4.2.5	En aktuell uppfattning av läget utgör grunden för beslut	290

4.2.6	Den civila sjukvårdens stöd till Försvarsmakten och samordning av sjukvården i totalförsvaret....	308
4.3	Rapportering.....	310
4.3.1	Problem med dagens bestämmelser.....	313
4.3.2	Vilka krav bör ställas på rapportering?	318
4.3.3	Behov av lägesbilder över hälso- och sjukvård	324
4.4	Ledning och hjälp	327
4.4.1	Allmänt om hjälpbehov i hälso- och sjukvården.....	328
4.4.2	Stöd till hjälpbehövande kommuner och regioner.....	330
4.4.3	Behovet av strukturer för samordning av hjälp från stat, kommun och region.....	339
4.4.4	Utredningens bedömning avseende ledning och hjälp.....	342
4.5	Finansiering av hälso- och sjukvårdens beredskap.....	346
4.6	Andra utmaningar avseende hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera kris och krig.....	353
4.6.1	I höjd beredskap och krig minskar personalen i den civila sjukvården	355
4.6.2	Kriser och krig kan leda till befolkningsomflyttning.....	357
5	Planering, ledning och samverkan vid fredstida kriser och krig.....	363
5.1	Bestämmelser om planering.....	363
5.1.1	Ytterligare föreskrifter om planering och särskild larmfunktion.....	369
5.1.2	Skyldighet att följa planeringsanvisningar, vidta åtgärder och lämna uppgifter avseende totalförsvaret	382
5.1.3	Nya och ändrade bemyndiganden om viss planering	386
5.2	Andra bestämmelser av betydelse för bl.a. planering	388
5.2.1	Inrättande av ett beredskapsråd	388
5.2.2	Erfarenhetsåterföring.....	402

5.3	Skyldighet för kommuner och regioner att hjälpa varandra vid katastrofer i vården.....	404
5.3.1	Kortfattat om bakgrunden till utredningens förslag.....	405
5.3.2	Närmare om utredningens förslag.....	409
5.3.3	Underlag för föreskrifter om uppgifter som kommuner och regioner ska lämna	433
5.4	Kommuner och regioners roll i totalförsvarsplaneringen ..	434

DEL 2

6	Förmåga att möta ökade och särskilda behov	443
6.1	Förmåga att möta plötsligt ökade kapacitetsbehov	443
6.1.1	Förmågan att plötsligt öka kapaciteten.....	445
6.1.2	Andra pågående arbeten.....	447
6.2	Robust verksamhet	449
6.2.1	Sjukvårdens beroende av informations- och kommunikationssystem samt digitalisering.....	450
6.2.2	Programmet Sjukvårdens säkerhet i kris och krig ..	457
6.2.3	Robusta sjukhusbyggnaden	458
6.3	1177 Vårdguiden	459
6.3.1	Vad är 1177 Vårdguiden?	460
6.3.2	1177 Vårdguiden har en viktig funktion vid påfrestningar på sjukvården	462
6.3.3	Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården	465
6.4	Beroenden till privata aktörer	467
6.4.1	Kommuners och regioners avtal med privata aktörer	469
6.4.2	Avtalen behöver utvecklas	474
6.5	Sjukvårdens förmåga att hantera CBRN-händelser.....	480
6.5.1	Ansvarsfördelning inom CBRN(E)-området.....	482
6.5.2	Hälso- och sjukvård vid CBRN-händelser	487
6.5.3	Hälso- och sjukvårdens förmåga och kunskap om CBRN-händelser behöver öka	495

6.6	Blodverksamhet	498
6.6.1	Blod är livsviktigt	499
6.6.2	Blodgivning och hållbarhet.....	500
6.6.3	Organisation för blodverksamhet	504
6.6.4	Blodverksamhet behöver upprätthållas.....	508
6.6.5	Försvarsmaktens behov av blod	513
6.7	Hantering av avlidna.....	514
6.7.1	Konstaterande av dödsfall.....	515
6.7.2	Avlidna måste identifieras	517
6.7.3	Begravning	518
6.7.4	Närmare om dödsfall i utlandet	519
6.7.5	Särskilt om risker i samband med dödsfall under vissa omständigheter	521
6.7.6	Utredningens överväganden och förslag	523
7	Förstärkningsresurser och internationella samarbeten ..	527
7.1	Förstärkningsresurser i regioner och kommuner.....	528
7.1.1	Förstärkningsresurser avsedda för sjukhus och vårdinrättning	530
7.1.2	Prehospitala förstärkningsgrupper.....	533
7.1.3	Krisstöd	540
7.2	Nationella möjligheter att förstärka hälso- och sjukvårdens förmåga.....	547
7.2.1	Samverkan och ledning	547
7.2.2	Statliga beredskapslager för hälso- och sjukvård.....	547
7.2.3	Kunskapsstöd	550
7.2.4	Socialstyrelsens nationella förstärkningsresurs för traumavård	552
7.2.5	Förstärkningsresurser för laborieverksamhet	554
7.2.6	Förstärkningsresurser för sjuktransporter	558
7.2.7	Prioritering av statliga verksamheter	568
7.3	En nationell sammanställning av förstärkningsresurser.....	569

7.4	Hälso- och sjukvård som en del av svenska insatser utomlands	571
7.4.1	Hälso- och sjukvårdsinsatser utomlands	572
7.4.2	Utmaningar med nuvarande beredskap.....	575
7.4.3	Bättre beredskap för insatser utomlands.....	581
7.4.4	Nationella stödresurser på sjukvårdsområdet bör kunna användas både nationellt och internationellt	588
7.5	Internationella samarbeten och stödresurser	598
7.5.1	Möjligheterna till internationellt stöd är begränsade.....	599
7.5.2	Samarbete i Norden och Sveriges närområde	600
7.5.3	EU-gemensamma stödresurser och andra initiativ	609
7.5.4	FN och dess fackorgan WHO.....	617
7.5.5	Nato.....	619
8	Personalförstärkning	627
8.1	Personaltillgången i totalförsvaret	632
8.1.1	Totalförsvarsplikten	633
8.1.2	Särskilda aspekter på personalförstärkning i höjd beredskap	638
8.2	Metoder för att öka personalresurser	645
8.2.1	Grundbemanningen har avgörande betydelse	647
8.2.2	Omfördela egen personal.....	649
8.2.3	Minskning av vårdutbudet för att frigöra personal	653
8.2.4	Sträcka kompetensen.....	654
8.2.5	Kompletteringsutbilda personal	657
8.2.6	Öka arbetstidsuttaget.....	661
8.2.7	Minskad personaltäthet.....	666
8.2.8	Pensionärer, studenter och personal från andra aktörer.....	669
8.2.9	Personal från bemanningsföretag	674
8.2.10	Internationellt samarbete	677
8.2.11	Stöd från frivilliga försvarsorganisationer och andra ideella organisationer	692

8.3	Förslag för en bättre personalförsörjning för hälso- och sjukvården i fredstida kriser och krig.....	702
8.3.1	Planera personalförsörjningen.....	703
8.3.2	Beredskapskontrakt	705
8.3.3	Andra förslag som har övervägts.....	710
8.4	Sammanfattning.....	711
9	Forskning, utbildning och övning.....	713
9.1	Flera aktörer har ansvar för utbildning och övning för fredstida kriser, höjd beredskap och krig.....	714
9.1.1	Ansvar för utbildning och övning finns på olika nivåer.....	715
9.1.2	Utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal inom katastrofmedicin och krisberedskap i dag ...	725
9.1.3	Övningsverksamhet	728
9.1.4	Socialstyrelsen har pågående regeringsuppdrag inom området utbildning och övning	734
9.2	Nationellt samordnat utbildnings- och övningsmaterial i katastrofmedicin och krisberedskap behöver tas fram och förvaltas.....	736
9.2.1	Det saknas kvalitetssäkrat nationellt samordnat utbildnings- och övningsmaterial	737
9.2.2	Ansvar för att ta fram utbildningar och övningar behöver tydliggöras	740
9.2.3	Det finns etablerade strukturer för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård	742
9.3	Katastrofmedicin ska ingå i hälso- och sjukvårdspersonalens grundutbildning	745
9.4	Forskning och kunskapscentrum	750
10	Smittskydd och hälsohot	777
10.1	Utredningens uppdrag har förändrats.....	777
10.2	Högisoleringsvård	779
10.2.1	Vård av patienter med högsmittsam sjukdom.....	780
10.2.2	Transport av högsmittsamma patienter.....	782

10.2.3	Lärdomar från tidigare utbrott av högsmittsamma sjukdomar	783
10.2.4	Högisoleringsenheternas uppdrag behöver formaliseras	786
10.3	Reglering av statens ansvar för pandemigaranti och inköp av pandemivaccin.....	791
10.3.1	Utredningens tolkning av direktiven	792
10.3.2	Överväganden kring alternativa sätt att reglera kostnadsansvaret i smittskyddslagen	793
10.3.3	Utredningens förslag.....	794
10.4	Särskilda förmågor för att möta hälsohot.....	797
10.4.1	Planering av sjukvård och omsorg vid karantän	797
10.4.2	Hälsohot kopplat till klimatförändringarna.....	805
11	Prehospital akutsjukvård, sjuktransporter och samverkan med räddningstjänst	811
11.1	Regionernas ansvar för prehospitala sjukvårdsinsatser och sjuktransporter.....	812
11.1.1	Prehospital sjukvård och prehospital akutsjukvård.....	812
11.1.2	Regionernas ansvar för sjuktransporter	813
11.1.3	Stöd för prehospital akutsjukvård	822
11.2	Prioritering, dirigering och samverkan kring transporter.....	832
11.2.1	Alarmering, prioritering och dirigering	833
11.2.2	Tidigare översyner av alarmering och dirigeringsfunktioner	838
11.2.3	Behov av samordning av sjuktransporter har funnits länge	841
11.2.4	Flygtransporter kräver särskild samordning.....	845
11.2.5	Avsaknad av nationella standarder för sjuktransporter försvårar samverkan.....	853
11.3	Hälso- och sjukvårdens samverkan med räddningstjänst...	854
11.3.1	Kommunal räddningstjänst.....	855
11.3.2	Statlig räddningstjänst.....	857

11.3.3	Närmare om statens uppgifter vid räddningstjänst	858
11.3.4	Andra aktörers transportmedel kan i vissa fall användas för sjuktransporter	863
11.3.5	Problem med dagens samverkan	864
11.3.6	Rollfördelningen ställer krav på samverkan	865
11.3.7	Sjukvårdsbehov behöver identifieras tidigt och vårdbehovet bedömas av regionen	868
11.4	Sjukvårdsinsatser på internationellt vatten	872
11.4.1	Sjukvårdsbehov i samband med sjöräddningsinsatser	873
11.4.2	Statens åtaganden för sjukvårdsinsatser i samband med sjöräddning behöver säkerställas ..	875
11.5	Överenskommelser om formerna för samverkan bör tas fram	881
11.6	Möjlighet för regioner att ingå IVPA-avtal med både kommunal och statlig räddningstjänst	884
11.6.1	Det finns en särskild reglering för kommunal räddningstjänst	885
11.6.2	Regionernas möjligheter att överlämna hälso- och sjukvårdsuppgifter till statliga aktörer	886
11.6.3	När räddningstjänstorganisationer utför vård behöver regleringar för hälso- och sjukvården beaktas	887
11.6.4	Nuvarande bestämmelser om IVPA-avtal	893
11.6.5	Det införs en ny bestämmelse om IVPA-avtal i hälso- och sjukvårdslagen	896
12	Försvarsmaktens hälso- och sjukvård	903
12.1	Sjukvårdares möjlighet att bedriva vård och hantera läkemedel	905
12.1.1	Sjukvårdares möjligheter att utföra hälso- och sjukvård	907
12.1.2	Försvarsmaktens behov av att kunna ge läkemedel	910

12.2	Försvarsmaktens möjligheter att meddela vissa föreskrifter för egen hälso- och sjukvård m.m.....	917
12.2.1	Internationella samarbeten.....	918
12.2.2	Frågor om vissa normgivningsbemyndiganden...	919
12.2.3	Frågor om smittskydd.....	921
12.3	Möjlighet att föra patientjournal på andra språk än svenska.....	924
12.4	Försvarsmakten behöver kunna få uppgift om var skadad eller avliden personal finns.....	927
12.4.1	Gällande bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt.....	928
12.4.2	Försvarsmaktens behov av uppgifter.....	929
12.4.3	Under höjd beredskap gäller krigstjänstgöring ...	930
12.4.4	I fredstid har Försvarsmakten både anställd personal och värnpliktiga.....	931
12.4.5	Förslag till utökad uppgiftsskyldighet.....	932
13	Författningsberedskap.....	933
13.1	Bestämmelser i gällande rätt kan vara olämpliga eller svåra att följa.....	934
13.1.1	Sanktioner.....	936
13.1.2	Intresseavvägningar och proportionalitet.....	937
13.2	Allmänt om vårdkvalitet och patientsäkerhet.....	940
13.2.1	Vårdprinciper, etik och prioriteringar.....	942
13.3	Bestämmelser för hälso- och sjukvården som kan vara svåra eller olämpliga att upprätthålla vid en katastrof.....	953
13.3.1	Undantag och dispenser från bestämmelser i gällande rätt.....	953
13.3.2	Bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen.....	954
13.3.3	Bestämmelser i patientsäkerhetslagen.....	956
13.3.4	Bestämmelser i patientlagen.....	958
13.3.5	Utredningens bedömningar och förslag.....	960

14	Konsekvenser av utredningens förslag	967
14.1	Kostnader för brister i dagens beredskap – utredningens nollalternativ	968
14.1.1	Besparingar till följd av undvikbara kostnader – övning TYKO – nollalternativet	969
14.2	Finansieringsansvaret är otydligt.....	974
14.2.1	Utredningens bedömning hur beredskapen i hälso- och sjukvården kan finansieras	978
14.2.2	Utgångspunkter som utredningen antagit vid beräkning av kostnader	980
14.3	Planering, ledning och samordning av hälso- och sjukvård vid fredstida kriser och krig	981
14.3.1	Bestämmelser om planering.....	981
14.3.2	Ytterligare föreskrifter om planering.....	983
14.3.3	Nya och ändrade bemyndiganden.....	987
14.3.4	Ett beredskapsråd inom sektorn för hälso- och sjukvård samt omsorg	987
14.3.5	Erfarenhetsåterföring.....	989
14.3.6	Skyldighet för kommuner och regioner att hjälpa varandra med viss vård	990
14.3.7	Krav på samverkan och rapportering som grund för hjälpbeslut.....	992
14.4	Förmåga att möta plötsligt ökade kapacitetsbehov samt vissa verksamheter	996
14.4.1	Sjukvårdens förmåga att hantera CBRN- händelser	996
14.4.2	Blodverksamhet.....	997
14.4.3	Nationella principer för hantering av avlidna.....	997
14.5	Förstärkningsresurser och internationella samarbeten	998
14.5.1	Förstärkningsresurser för laboratorieanalys	998
14.5.2	Bättre beredskap för insatser utomlands	999
14.6	Forskning, utbildning och övning.....	1000
14.6.1	Socialstyrelsen får ansvar för att tillhandahålla nationella utbildnings- och övningsplaner	1000

14.6.2	Katastrofmedicin ska ingå i hälso- och sjukvårdspersonalens grundutbildning	1001
14.6.3	Forskning och kunskapscentrum	1003
14.7	Smittskydd och hälsohot	1004
14.7.1	Reglering av statens ansvar för pandemigaranti och inköp av pandemivaccin	1005
14.8	Sjuktransporter och samverkan med räddningstjänst.....	1006
14.8.1	Sjukvårdsinsatser på internationellt vatten	1007
14.8.2	Överenskommelser om formerna för samverkan bör tas fram	1009
14.8.3	Möjlighet för regioner att ingå IVPA-avtal med både kommunal och statlig räddningstjänst	1010
14.9	Försvarsmaktens hälso- och sjukvård.....	1011
14.10	Katastroftillstånd	1012
14.11	Övriga konsekvenser och vissa sammanställningar av kostnader	1013
14.11.1	Konsekvenser för staten.....	1014
14.11.2	Konsekvenser för kommuner och regioner	1017
14.11.3	Konsekvenser för företagen.....	1023
14.11.4	Konsekvenser för miljön.....	1023
14.11.5	Konsekvenser för patienterna.....	1024
14.11.6	Jämställdhet mellan kvinnor och män	1024
14.11.7	Konsekvenser för barn	1025
14.11.8	Samhällsekonomiska konsekvenser.....	1025
14.11.9	Sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet.....	1026
14.11.10	Fördelningspolitiska effekter.....	1026
14.11.11	Konsekvenser för brottsligheten	1026
14.11.12	Konsekvenser för domstolarna.....	1027
14.12	Sammanställning av kostnader och finansieringsförslag ..	1027

15	Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser	1033
16	Författningskommentar	1035
16.1	Förslaget till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168)	1035
16.2	Förslaget till lag om ändring i lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap	1036
16.3	Förslaget till lag om ändring i lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap	1037
16.4	Förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)	1038
16.5	Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)	1039
Bilagor		
Bilaga 1	Kommittédirektiv 2018:77	1061
Bilaga 2	Kommittédirektiv 2019:83	1101
Bilaga 3	Kommittédirektiv 2020:84	1105
Bilaga 4	Kommittédirektiv 2021:69	1113
Bilaga 5	Utredningens referensgrupp	1115

6 Förmåga att möta ökade och särskilda behov

I de föregående kapitlen har problem med hälso- och sjukvårdens beredskap berörts (kapitel 4) och förslag lämnats på övergripande reglering vad avser planering, ledning och styrning (kapitel 5). Det är systemet med planering och ledning som ska ge förutsättningar för att ta fram de underlag som krävs för beslut om och finansiering av hälso- och sjukvårdens förmåga. Utredningen lämnar därför inga konkreta förslag att sjukvården ska ha eller uppnå en viss förmåga t.ex. genom ett visst antal operations-, intensivvårds- eller vårdplatser. Detta ska inte tolkas som att utredningen anser att dagens förmåga är tillräcklig utan att det helt enkelt inte ankommer på utredningen eller staten att uppställa dessa krav.

I detta kapitel beskrivs närmare *hur* sjukvårdens förmåga kan öka utifrån de resurser som redan finns och vad utredningen ser skulle behöva utvecklas inom vissa områden. Inledningsvis beskrivs allmänt förmågan att möta plötsligt ökade vårdbehov vilket kan tillämpas på alla verksamheter. Därefter diskuteras några särskilda områden som normalt inte står i fokus men som är av stor betydelse vid kriser och i höjd beredskap. Kapitlet beskriver behovet av att verksamheterna är robusta, 1177 Vårdguidens roll och betydelse, hälso- och sjukvårdens beroende till privata aktörer, sjukvårdens förmåga att hantera CBRN-händelser, blodverksamheten samt hanteringen av avlidna.

6.1 Förmåga att möta plötsligt ökade kapacitetsbehov

För att möta de utmaningar som uppstår i samband med stora belastningar på sjukvården t.ex. till följd av situationer med många skadade eller sjuka behöver hälso- och sjukvården på olika sätt tillfälligt öka

sin förmåga. En viktig del i detta är det planeringsarbete som utförigare beskrivs i avsnitt 4.1, 5.1 och 5.2.

Regeringen framhåller i totalförsvarspropositionen för åren 2021–2025 att vård inte kommer att kunna bedrivas på samma sätt i krig som i vardagen och att inte alla fredstida krav i lagstiftningen kommer att kunna upprätthållas.¹ Detta gäller naturligtvis även i fredstida situationer med en omfattande påverkan på hälso- och sjukvården. Det behövs därför vägledning på nationell nivå kring vilken vård som kommuner och regioner kan prioritera bort och vilken vård som alltid ska kunna upprätthållas. Den av riksdagen beslutade prioriteringsplattformen gäller vid prioritering av vårdbehov. Beredskapsplaneringen för hälso- och sjukvården behöver omfatta alla delar av hälso- och sjukvården, inklusive smittskydd, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård. Det är i dessa sammanhang viktigt att förstå att olika situationer innebär vida skillnader i vilka utmaningar, och därmed vilka åtgärder sjukvården behöver vidta. Detta illustreras avseende traumavården i nedanstående figur.

Figur 6.1 Skillnader i förutsättningar för sjukvård i vardagen, vid fredstida kriser eller katastrofer och i krig vad avser omhändertagande av traumapatienter

Vardag	Kris/Katastrof i fredstid	Krig
<ul style="list-style-type: none"> – Traumavårdskedja av mycket högkvalitet i Sverige – En till några få skadade – Stora resurser satsas på enstaka patienter – Centralisering av högspecialiserad traumavård – Annan verksamhet påverkas ej 	<ul style="list-style-type: none"> – Många skadade – Kan kräva ändrade prioriteringar – Tillfällig omställning av resurser på sjukhuset – Andra funktioner fungerar normalt i samhället – Hjälp kan fås från andra regioner och länder – Alla skadade kan initialt ej tas till högspecialiserat traumacenter – Snabbt övergående 	<ul style="list-style-type: none"> – > 10 000-tals skadade – Hela samhället drabbat, svåra samhällsstörningar – > 3 månader – Brist på läkemedel, utrustning och förbrukningsmateriel – Beredskaps- och reservrutiner krävs (journaler, it, el, drift, lokaler etc.) – Hjälp utifrån kan ej påräknas – Total omställning och ändrade prioriteringar – Traumafall omhändertas på lokal vårdinrättning

Källa: Karl Chevalley, Västra Götalandsregionen.

¹ Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30).

6.1.1 Förmågan att plötsligt öka kapaciteten

Vid risk för eller vid en inträffad händelse med många skadade eller sjuka ska sjukvården kunna mobilisera eller tillskapa resurser för att kunna möta det aktuella behovet. De gäller såväl det av händelsen orsakade vårdbehovet som övrig vård som inte kan anstå. Det gäller både direkt livräddande insatser och utförande av vård som behöver ges inom medicinskt motiverad tid för att undvika allvarliga men. För att detta ska vara möjligt behöver sjukvården gradvis kunna höja sin förmåga eller kapacitet utifrån ett normalläge.

Flera regioner har systematiskt utifrån ett internationellt koncept att plötsligt öka kapaciteten, på engelska *surge capacity*, identifierat vilka förstärkningar som är nödvändiga för att kunna hantera en händelse med många samtidigt skadade eller sjuka. Konceptet kan beskrivas som förmågan att hantera ett plötsligt och oväntat högt inflöde av patienter som allvarligt påverkar, eller överskrider normalflödet i den dagliga verksamheten. En analys av denna förmåga tillsammans med regionernas risk- och sårbarhetsanalyser ligger till grund för vilka förstärkningsresurser avseende hälso- och sjukvård som finns, eller bör finnas, i en region. Vanligen beskrivs begreppet utifrån de fyra komponenterna *personal, materiel, infrastruktur och system*².

Personal hänvisar till personal och kompetens och kan användas för att ställa upp mål och krav på antal och på önskvärd kompetens hos personalen vid specifika situationer.

Materiel beskriver tillgång till t.ex. sjukvårdsprodukter och annan utrustning som krävs för att kunna bedriva sjukvård, allt från kompresser till avancerad utrustning som respiratorer och röntgenutrustning.

Infrastruktur relaterar till lokaler, byggnader och hur funktionella och robusta de är för ändamålet. Det kan även ses ur ett logistiskt perspektiv.

System innefattar organisation, strategier och processer men även styrande underlag som vårdplaner, riktlinjer och systematisk uppföljning av händelser.

I ett akut skede i fredstid är tillgången på personal inom sjukvården, efter en kortare inställetid, erfarenhetsmässigt ofta god, eftersom många i den ordinarie personalstyrkan vill hjälpa till. Men vid en ökad belastning under en längre tid blir personalen utmattad och

² Vedertagna svenska översättningar saknas av begreppen, de internationella originalbegreppen är *staff, stuff, structure och systems*.

önskemål om personalförstärkning utifrån ökar påtagligt. Detta har också kunnat noteras vid coronapandemin där belastningen på vissa personalkategorier eller vissa specialiteter blev påtaglig. Vid de lite större fredstida händelser som ändå inträffar i Sverige med jämna mellanrum, t.ex. bussolyckor och bränder, har regionerna rutiner för att samverka och stödja varandra med tillgängliga resurser både genom att bistå med ambulans och annan sjuktransport, personal och materiel, samt genom att ta emot patienter från den belastade regionen. Hur väl dessa rutiner i dag skulle svara mot behoven vid ett större terrorattentat är däremot inte visat. I ett gråzonsscenario som anknyter till en säkerhetspolitisk kris där belastningen på sjukvården ökar under en längre tid blir möjligheterna för regionerna att stödja varandra sannolikt mindre. Även under coronapandemin har belastningen på sjukvården medfört stora utmaningar för regionerna att stödja varandra. Sjukvården måste ha en organisation som kan anpassas till uppgiften. För att försöka åstadkomma detta finns i dag särskild sjukvårdsledning på alla sjukhus och på regional nivå (se avsnitt 3.4.5).

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram en plan för hur en nationell samsyn av förmågan att hantera ett plötsligt och oväntat högt inflöde av patienter ska skapas. Regeringen konstaterar att det saknas en nationell samsyn av hur denna ökade kapacitet ska konstrueras, definieras och användas som en del av arbetet med särskilda prioriteringsprinciper vid kris och krig. Det saknas även en enhetlig avgränsning av omfattningen av verksamheter som behöver planera för förmågan att hantera ett plötsligt och oväntat högt inflöde av patienter som allvarligt påverkar, eller överskrider normalflödet i den dagliga verksamheten. Socialstyrelsen ska därför ta fram en plan för hur en nationell samsyn av förmågan att plötsligt öka kapacitet och en enhetlig avgränsning av omfattningen av verksamheter ska skapas. Planen ska innehålla en beskrivning av lämpliga områden för insatser under år 2022.³

En delredovisning av uppdraget gjordes den 1 oktober år 2021 där Socialstyrelsen anger att målet med kommande insatser under 2022 är att skapa en nationell samsyn kring hur plötsligt ökad kapacitet ska konstrueras, definieras och användas. Myndigheten avser att fortsätta arbetet bl.a. genom att ta fram ett koncept för vad som kallas

³ Uppdrag att ta fram underlag m.m. samt att samordna, stödja, följa upp och utvärdera regionernas arbete med hälso- och sjukvårdens beredskap och planering inför civilt försvar (S2021/02921 [delvis]).

medical surge capacity, på svenska *plötsligt ökad medicinsk kapacitet*. Konceptet ska innehålla kunskapsstöd för att skapa ett gemensamt arbets sätt med ett före-, under- och efterperspektiv samt beskrivning av planeringsförutsättningar med scenarion.⁴

Utredningen kan konstatera att förmågan att plötsligt öka kapacitet inte handlar om vilka krav som åvilar en kommun eller region när det gäller att tillhanda vård eller vilken beredskap som ska upprätthållas. Förmågan att plötsligt öka kapaciteten är snarare en metod för att tillskapa resurser i en situation då resurstillgången är för liten i förhållande till de akuta behoven. Utredningen förutsätter att det koncept som Socialstyrelsen tar fram ska kunna hjälpa regionerna i att kunna planera delar av den beredskap som kommer av hälso- och sjukvårdslagen, dvs. hur man tillskapar resurser vid ett stort inflöde av skadade eller sjuka och då resurserna är för få i förhållande till det akuta behovet. Dock räcker sannolikt inte arbete med förmågan att plötsligt öka kapaciteten för att täcka upp för alla de krav som hälso- och sjukvården ska uppfylla. Hur lätt eller svårt arbetet kommer att vara är beroende av vilken förmåga en region har i vardagen (se avsnitt 3.2) och hur man valt att organisera sig (se avsnitt 3.1 och 4.2).

6.1.2 Andra pågående arbeten

Regeringen har bland annat utifrån Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30) redan initierat ett antal olika uppdrag i syfte att öka hälso- och sjukvårdens förmåga inom försvarsbeslutsperioden. Det finns också andra uppdrag som redan initierats som har betydelse för utvecklingen. Nedan redogörs kort för ett par av dessa uppdrag.

Regeringen gav i mars år 2021 Socialstyrelsen i uppdrag att i samarbete med relevanta aktörer utveckla särskilda prioriteringsprinciper för hälso- och sjukvården som omfattar vårdbehov, fördelning av vårdresurser och rationalisering (optimering) av utnyttjandet vid kris och krig.⁵ De särskilda prioriteringsprinciperna ska utgöra underlag för regionernas fortsatta arbete med hälso- och sjukvården i civilt försvaret. I uppdraget ingår även att ta fram en definition av begreppet katastrofmedicinsk beredskap. Uppdraget ska redovisas senast den 30 juni år 2022.

⁴ Socialstyrelsen (2021): *Plan avseende surge capacity och stöd till samordning av sjuktransporter*.

⁵ Uppdrag att utveckla särskilda prioriteringsprinciper för hälso- och sjukvården som gäller vid kris och krig (S2021/02920 [delvis]).

Regeringen gav även samma år Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram underlag och förslag samt utreda vissa grundläggande delar som behövs för att utveckla och stärka regionernas arbete med hälso- och sjukvårdens beredskap och planering inför civilt försvar.⁶ Utgångspunkt i arbetet ska bland annat vara propositionen Totalförsvaret 2021–2025⁷ och denna utrednings första delbetänkande Hälso- och sjukvård i det civila försvaret.⁸ Det initiala arbetet innefattar att ta fram det underlag om masskadeplanering, kapacitetsutökning, förmåga att hantera plötsligt och oväntat högt inflöde av patienter (surge capacity) och samordning av sjuktransporter som regionerna behöver för att växla upp beredskapsarbetet inom dessa områden.⁹ I regeringsuppdraget preciseras de olika delarna närmare enligt nedan. Den delen som gäller surge capacity har beskrivits i avsnittet ovan.

Masskadeplan

Socialstyrelsen ska ta fram en nationell masskadeplan, som utgår från de vårdprinciper som gäller vid kris och krig. Masskadeplanen ska utgöra grund för regionernas arbete med att ta fram regionala masskadeplaner. Det är viktigt att det i masskadeplaneringen finns ett enhetligt, välkänt och övat triagesystem samt förberedda och fastställda initiala fördelningsnycklar för hur patienter ska fördelas mellan sjukhus och regioner. I uppdraget ingår därför även att ta fram ett nationellt system för bedömning av vårdbehov och principer för hur patienter ska fördelas mellan sjukhus och regioner.

Utöka antalet vårdplatser

Kapaciteten inom den svenska sjukvården att ställa om verksamheten i syfte att ta hand om ett stort antal skadade måste förstärkas. Socialstyrelsen ska i samarbete med regionerna, utifrån gemensamma kriterier för vårdplatser i höjd beredskap och krig, kartlägga och på nationell nivå sammanställa uppgifter om vilken vårdkapacitet som finns

⁶ Uppdrag att ta fram underlag m.m. samt att samordna, stödja, följa upp och utvärdera regionernas arbete med hälso- och sjukvårdens beredskap och planering inför civilt försvar (S2021/02921[delvis]).

⁷ Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30).

⁸ Hälso- och sjukvård i det civila försvaret (SOU 2020:23).

⁹ Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30), s. 139.

i landet. En rimlig ambitionsnivå är att på sikt sträva mot en fördubbling av vårdplatser jämfört med ett normalläge i fredstid, med en bemanning och läkemedel som finns att tillgå under sådana förhållanden. I uppdraget ingår även att ta fram en skriftlig plan för regionernas arbete för utökning av vårdplatser.

Sjuktransporter

Socialstyrelsen ska, i dialog med Sveriges Kommuner och Regioner och andra relevanta aktörer, utreda hur regionerna kan stödjas i arbetet för en förbättrad nationell sjuktransportförmåga och vilket underlag som behövs. Socialstyrelsen ska också i samverkan med regionerna och Försvarsmakten ta fram förslag till hur en modern nationell förstärkningsorganisation för sjuktransporter vid fredstida kriser och krig kan utformas.

6.2 Robust verksamhet

Kommuners och regioners ansvar som huvudmän för hälso- och sjukvården innebär att de behöver ha beredskap för att kunna bedriva vård även under olika former av samhällsstörningar, och även i krig. Sjukvårdens förmåga att bedriva vård påverkas snabbt av störningar i olika tekniska system eller försörjningsflöden. Hälso- och sjukvård omfattar en mängd olika verksamheter som t.ex. planerad eller akut vård strukturerad på olika nivåer i form av primär, sekundär och tertiär vård. Vård organiseras också på olika platser t.ex. på sjukhus, vårdcentraler, särskilda boenden och i hemmen. Historiskt har frågor om robusthet i hälso- och sjukvården fokuserat på sjukhusbyggnaderna, men i takt med att allt mer av vården bedrivs utanför sjukhus behöver robusthetsaspekterna beaktas i ett bredare perspektiv och finnas med i all planering av vården. Sjukvården är en sammanhängande verksamhet inom och över region- och kommungränser där det inte enkelt går att skära bort hela verksamhetsdelar eller vårdnivåer, då fungerar inte längre systemet. Sjukhusens förmåga att tillhandahålla vård är beroende av att många andra delar av samhället fungerar, t.ex. elförsörjning, dricksvattenförsörjning, elektroniska kommunikationer och kollektivtrafik. Verksamheter inom akutsjukvården är relativt välutbyggd med reservkraft för att motstå ett avbrott i elförsörjningen

men kommer vid ett långvarigt avbrott att få problem. Vatten behövs inom vården för att kunna upprätthålla exempelvis vårdhygien, tvätt, mathållning och städning. Sjukvården är vidare känslig för störningar i elektroniska kommunikationsnät och kommunikationstjänster, bl.a. eftersom journalföringen är elektronisk.

6.2.1 Sjukvårdens beroende av informations- och kommunikationssystem samt digitalisering

Bedömning: Hälso- och sjukvårdens beroende av informations- och kommunikationssystem är stort. Det kan snabbt få påverkan på patientsäkerheten om dessa system inte kan upprätthållas. Socialstyrelsen behöver ta fram föreskrifter utifrån 12–14 §§ lagen (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster och som närmare pekar ut vilka riskanalyser och åtgärder vårdgivare behöver vidta. IVO behöver därutöver utöva tillsyn över föreskrifterna.

Arbetet behöver följas upp och analyseras som en del i Socialstyrelsens sammanhållande ansvar för planeringen för krisberedskap och civilt försvar inom hälso- och sjukvården.

Samhället genomgår en ständigt ökad digitalisering. Detta ställer ökade krav på skydd av, och förmåga att upprätthålla, sådan verksamhet som bedrivs genom eller med stöd av digitala system. Hälso- och sjukvården är inget undantag utan verksamheten har en hög grad av digitalisering. Digitaliseringen förväntas dessutom öka i ett fortsatt högt tempo vilket innebär ökade risker och beroenden. Den personliga integriteten, och kravet på skydd av särskild känsliga uppgifter, ställer naturligtvis också särskilda krav på hälso- och sjukvården vid utveckling och förvaltning av olika it-system. Det är därför av stor vikt att alla aktörer i sektorn, inte bara de som omfattas av NIS¹⁰, bedriver ett riskbaserat systematiskt informationssäkerhetsarbete.

¹⁰ NIS – Direktiv (EU) 2016/1148 av den 6 juli 2016 om åtgärder för en hög gemensam nivå på säkerhet i nätverks- och informationssystem i hela unionen.

Utredningen har tidigare lyft behoven av säker informationsteknologi

Utredningen har i det första delbetänkandet Hälsa- och sjukvård i det civila försvaret lyft fram vikten av robust informationsteknologi.¹¹ Teknik ger många möjligheter, men den inför också en hel del sårbarheter som måste hanteras. För det mesta pågår ingen kris i samhället och riket befinner sig normalt inte i krig. Vården måste nyttja de nya digitala möjligheter som finns för att arbeta effektivt och att utveckla den medicinska kvaliteten. Det är dock viktigt att vården initialt i utvecklingen av tekniken säkrar riskerna ur ett beredskapsperspektiv. Av regeringens strategi för digitalisering framgår vikten av att arbeta med integritets- och säkerhetsfrågor. Fokus bör därför ligga på att skapa säkra och robusta system, men samtidigt ta höjd för att under perioder kunna utföra de mest centrala uppgifterna utan stöd av elektroniska system.

Robust informationsteknologi handlar inte bara om fungerande informationssystem, det handlar också till stor del om den information som finns i systemen. Uppgifter om patienters hälsa är känsliga personuppgifter som behöver skyddas. Lika viktigt som att skydda informationen är att säkerställa att den är korrekt. Eftersom uppgifter om patienterna ligger till grund för beslut om vård och behandling är informationssäkerhet grundläggande för verksamheten.

NIS-direktivet och lagen om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster

Bestämmelser som syftar till att säkerställa en hög grad av säkerhet i nätverks- och informationssystem som är viktiga för samhället finns i det så kallade NIS-direktivet¹². Direktivet trädde i kraft år 2018 och är genomfört i Sverige genom lagen (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster, i det följande förkortat NIS-lagen. Genom lagen och förordningen (2018:1175) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster har bl.a. MSB och Socialstyrelsen bemyndigats att utfärda föreskrifter på området. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska utöva tillsyn ut-

¹¹ Hälsa- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning (SOU 2020:23), avsnitt 5.5.3.

¹² Europaparlamentets och rådets direktiv (EU) 2016/1148 av den 6 juli 2016 om åtgärder för en hög gemensam nivå på säkerhet i nätverks- och informationssystem i hela unionen.

ifrån Socialstyrelsens föreskrifter på området. Föreskrifter av betydelse för hälso- och sjukvården har än så länge bara meddelats av MSB. NIS-lagen gäller inte för leverantörer av digitala tjänster som är företag med färre än 10 anställda och en omsättning som understiger 2 miljoner euro (mikro) eller 50 anställda och en omsättning som inte överstiger 10 miljoner euro (små företag).^{13,14}

I MSB:s föreskrifter (MSBFS 2018:7) om anmälan och identifiering av leverantörer av samhällsviktiga tjänster anges vilka verksamheter som omfattas av lagen. Där anges att lagen omfattar hälso- och sjukvård som utförs av en vårdgivare och som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen, tandvårdslagen eller detaljhandel med läkemedel enligt lagen om handel med läkemedel,

- där antalet anställd eller på annat sätt anlitad legitimerad vårdpersonal överstiger 50 årsarbetskrafter, eller
- där minst 20 000 expedieringar av receptbelagda läkemedel utförs per år.¹⁵

Kraven i NIS-lagen gäller inte organisationen i sin helhet utan enbart hanteringen av de nätverk och informationssystem som hanterar den samhällsviktiga tjänsten. MSB ansvarar också för att utfärda föreskrifter om systematiskt informationssäkerhetsarbete och berörd tillsynsmyndighet kan utfärda ytterligare föreskrifter för säkerhetsåtgärder och riskanalys. En revidering av NIS-direktivet pågår inom EU med syftet att bl.a. höja ambitionsnivån och inkludera fler sektorer i direktivets tillämpningsområde.

Utredningen konstaterar att även om NIS-lagen och MSB:s föreskrifter vänder sig till vårdgivare måste det förstås som att när en vårdgivare använder it-system för att leverera den samhällsviktiga tjänsten omfattas dessa av lagens krav även om de tillhandahålls eller förvaltas av andra aktörer, t.ex. Inera eller privata bolag.

Av NIS-lagen framgår att leverantörer av samhällsviktiga tjänster ska göra en riskanalys som ska ligga till grund för val av säkerhetsåtgärder enligt 13 och 14 §§. I analysen ska det ingå en åtgärdsplan.

¹³ 7 § lagen (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster.

¹⁴ Kommissionens rekommendation av den 6 maj 2003 om definitionen av mikroföretag samt små och medelstora företag.

¹⁵ 7 kap. 1 § 1. Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps föreskrifter om anmälan och identifiering av leverantörer av samhällsviktiga tjänster (MSBFS 2018:7).

Analysen ska dokumenteras och uppdateras årligen.¹⁶ Vidare ska leverantörer av samhällsviktiga tjänster vidta ändamålsenliga och proportionella tekniska och organisatoriska åtgärder för att hantera risker som hotar säkerheten i nätverk och informationssystem som de använder för att tillhandahålla samhällsviktiga tjänster. Åtgärderna ska säkerställa en nivå på säkerheten i nätverken och informationssystemen som är lämplig i förhållande till risken.¹⁷ Leverantörer av samhällsviktiga tjänster ska också vidta lämpliga åtgärder för att förebygga och minimera verkningar av incidenter som påverkar nätverk och informationssystem som de använder för att tillhandahålla samhällsviktiga tjänster. Åtgärderna ska syfta till att säkerställa kontinuiteten i tjänsterna.¹⁸

Socialstyrelsen har som beskrivs ovan rätt att utfärda föreskrifter om säkerhetsåtgärder enligt 12–14 §§ i NIS-lagen. Innan föreskrifterna meddelas ska MSB ges tillfälle att yttra sig. MSB ska lämna råd och stöd till tillsynsmyndigheterna och Socialstyrelsen när de tar fram föreskrifter.¹⁹ Socialstyrelsen har ännu inte utfärdat några sådana föreskrifter.

IVO är tillsynsmyndighet för de delar av NIS-lagen som berör hälso- och sjukvården.²⁰ Tillsynsmyndigheterna ska, för sina respektive tillsynsområden, bl.a. lämna uppgifter till MSB om innehållet i anmälningar som har gjorts enligt NIS-lagen, årligen ge MSB uppgifter om de leverantörer av samhällsviktiga tjänster som myndigheten har tillsyn över och inom ramen för sin tillsyn ge allmän vägledning vid tillämpningen av NIS-lagen.²¹

Cybersäkerhetscenter

Regeringen har konstaterat att Sveriges säkerhet, konkurrenskraft och välbefinnande i stor utsträckning vilar på digitala grunder. Det är av vikt att digitaliseringens möjligheter tillvaratas samtidigt som risker hanteras. Cyberhoten mot Sverige och svenska intressen är omfattande. Genom teknikutveckling och digitalisering blir hoten och sårbarheterna fler vilket gör att säkerheten behöver stärkas. I regeringsför-

¹⁶ 12 § lag (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster.

¹⁷ 13 § i ovan nämnda författning.

¹⁸ 14 § i ovan nämnda författning.

¹⁹ 8 § förordning (2018:1175) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster.

²⁰ 17 § i ovan nämnda författning.

²¹ 19 § i ovan nämnda författning.

klaringen i september år 2019 aviserade regeringen att ett nationellt cybersäkerhetscenter har inrättats år 2020.^{22,23}

Det övergripande målet med den fördjupade samverkan inom ramen för det nationella cybersäkerhetscentret är att stärka Sveriges samlade förmåga att förebygga, upptäcka och hantera antagonistiska cyberhot. Samverkan med privata och offentliga aktörer ska utgöra en central del av uppdraget i syfte att stärka cybersäkerheten i samhället. Inom ramen för cybersäkerhetscentret ska myndigheterna:

- koordinera arbetet för att förebygga, upptäcka och hantera cyberangrepp och andra it-incidenter,
- förmedla råd och stöd avseende hot, sårbarheter och risker,
- utgöra en nationell plattform för samverkan och informationsutbyte med privata och offentliga aktörer inom cybersäkerhetsområdet.

Utredningen bedömer att de sektorsövergripande nationella strukturer som inrättas på området ex. det nationella cybersäkerhetscenter som har inrättats av Försvarets radioanstalt, Försvarsmakten, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap och Säkerhetspolisen utgör framtida viktiga verktyg i arbete med att stärka även sjukvårdens robusthet mot cyberhot.

Kommuner och regioner är utsatta

Även om den allmänna mediarapporteringen visar på ett ökande hot mot olika företag och offentliga aktörers it-system finns få sådana offentliga rapporter om påverkan på just hälso- och sjukvården. En mer omfattande händelse av betydelse är dock ändå de omfattande angrepp som inleddes i december år 2020 mot Västra Götalandsregionen (VGR) då en eller flera okända aktörer riktade flera cyberangrepp mot regionen. VGR:s cyberförsvar stoppade angreppen och det finns inget som tyder på att aktörerna gjort intrång i it-miljön.²⁴ Det finns även exempel på it-attacker mot kommuner som fått kon-

²² Uppdrag om fördjupad samverkan inom cybersäkerhetsområdet genom ett nationellt cybersäkerhetscenter (Fö 2019/01330).

²³ Uppdrag till Myndigheten för samhällsskydd och beredskap att vidta förberedelser för att bli nationellt samordningscenter kopplat till det europeiska kompetenscentret för cybersäkerhet (Ju 2021/03097).

²⁴ www.vgregion.se/aktuellt/nyhetslista/sa-hanterar-vgr-cyberangrepp/, besökt 2021-12-02.

sekvenser för kommunal hälso- och sjukvård och omsorg.²⁵ MSB inledde i november 2020 en samordningsinsats för att öka motståndskraften mot ransomware²⁶ inom hälso- och sjukvårdssektorn för att minska risken med ytterligare påfrestning för vården i form av bortfall av it-stödsystem. Insatsen pågick till början av april år 2021 och omfattade ett femtontal samordningsmöten mellan regioner, privata vårdgivare och relevanta myndigheter för personal inom det operativa it-säkerhetsarbetet.

Det är inte bara antagonistiska hot mot hälso- och sjukvården som behöver förebyggas. Konsekvenserna för patientsäkerheten av tekniska problem av andra anledningar kan ofta bli lika stora. Redan år 2011 gjorde Socialstyrelsen en Kamedo-rapport om it-haverier i vården.²⁷

Socialstyrelsen behöver stödja sjukvården även vid störningar i informations- och kommunikationsteknologi

Påverkan på hälso- och sjukvårdens förmåga att erbjuda och utföra vård kan komma av många olika orsaker och vara helt oberoende av om det uppstått en situation med många skadade eller sjuka. Även en allvarlig påverkan på olika former av infrastruktur kan leda till stora utmaningar att bedriva vård. En grundläggande förutsättning för att kunna erbjuda god vård är en fungerande infrastruktur, vilket också så långt det är möjligt omfattar fungerande informations- och kommunikationsteknologi. I avsnitten ovan har utredningen pekat på behovet av att huvudmännen vidtar de åtgärder som kommer av lagen (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster och att Socialstyrelsen tar fram föreskrifter som stödjer huvudmännen.

Det är dock så att oavsett hur mycket planering som genomförs och hur många åtgärder som vidtas finns alltid en risk att informations- och kommunikationsteknologi påverkas av olika orsaker. Ytterst kan det handla om antagonistiska handlingar i form av cyberangrepp.

Som beskrevs ovan genomförs olika åtgärder på en samhällsövergripande nivå för att identifiera, följa upp och stödja aktörer vid cyber-

²⁵ Exempelvis it-attacken mot Kalix kommun i december 2021.

²⁶ Begreppet ransomware saknar svensk översättning och används för skadlig kod som läser datorer eller krypterar filer. Angriparen begär sedan en lösensumma för att låsa upp filerna.

²⁷ Socialstyrelsen (2011), *It-haverier i vården – erfarenheter och förslag till åtgärder från aktuella fall*, Kamedo-rapport 96.

relaterade händelser. Dessa aktiviteter riktar sig som utredningen uppfattar det primärt mot själva störningen i infrastrukturen och inte den verksamhet som bedrivs. Det är därför av stor vikt att även andra myndigheter stödjer olika verksamheter under hanteringen av en störning. På hälso- och sjukvårdens område är det de olika statliga myndigheterna som behöver stödja vården. I första hand handlar det om Socialstyrelsen när det gäller bedrivandet av vård men det kan även handla om Folkhälsomyndigheten när det kommer till frågor om folkhälsa och smittskydd, Läkemedelsverket när det gäller läkemedel och medicintekniska produkter eller E-hälsomyndigheten när det gäller viss infrastruktur. Dessa myndigheter måste därför enligt utredningen bygga upp sådan kompetens som krävs för att kunna ge ett effektivt stöd. För Socialstyrelsen ligger detta nära det arbete och den kompetens som behöver byggas upp kring föreskriftsarbetet utifrån lagen (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster.

Utredningens bedömning

Utredningen kan konstatera att hälso- och sjukvårdens digitalisering likväl som de allmänna hoten mot denna fortsätter att öka. Störningar i hälso- och sjukvårdens nätverk och informationssystem riskerar att leda till allvarliga konsekvenser för människors liv och hälsa. När tillgången till exempelvis journalsystem begränsas behöver det finnas reservrutiner som är väl kända i verksamheterna. Mycket av den medicintekniska utrustningen och metoder för diagnostik är beroende av fungerande digitala system. För att stödja kommuner och regioner i att analysera och vidta åtgärder inom området behöver Socialstyrelsen ta fram föreskrifter utifrån 12–14 §§ lagen (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster och som närmare pekar ut vilka riskanalyser och åtgärder vårdgivare behöver vidta. Arbetet behöver vidare följas upp och analyseras som en del i myndighetens ansvar för sammanhållande ansvar för planeringen för krisberedskap och civilt försvar inom hälso- och sjukvården. Eftersom hälso- och sjukvårdens beroende till informationssystem är stort är det också viktigt att IVO utövar tillsyn över NIS-lagen i den del den omfattar hälso- och sjukvård.

6.2.2 Programmet Sjukvårdens säkerhet i kris och krig

Bedömning: Sjukvårdens robusthet är avgörande för upprätthållandet av vård i alla lägen. Det regeringsuppdrag som Socialstyrelsen fått att förbereda övertagandet av programmet Sjukvårdens säkerhet i kris och krig är ett viktigt steg på vägen men ett upprättande av programmet måste snarast komma till stånd.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) har under flera år ansvarat för programmet Sjukvårdens säkerhet i kris och krig, i det följande förkortat SSIK, och för det statliga stödet till sjukvårdshuvudmännen kopplat till detta. SSIK förvaltades ursprungligen av Socialstyrelsen men övergick 2006 till Krisberedskapsmyndigheten och sedan till MSB. MSB avvecklade bidragsgivningen för SSIK 2012. Programmet omfattade förutom ett investeringsstöd även vägledning och rådgivning. Utredningen föreslog i delbetänkandet Hälso- och sjukvård i det civila försvaret (SOU 2020:23) att programmet Sjukvårdens säkerhet i kris och krig skulle återinföras. MSB har framfört att man ansåg att ansvaret för programmet skulle överföras till Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen fick under hösten 2021 i uppdrag av regeringen att genomföra en förstudie av hur övertagandet av ansvaret för och återinförandet av programmet Sjukvårdens säkerhet i kris och krig kan genomföras.²⁸ Av förstudien ska det framgå hur Socialstyrelsen kan bygga upp organisation och kompetens vid myndigheten för att kunna ansvara för programmet. Detta inkluderar kompetens att ge vägledning och rådgivning till regioner. Socialstyrelsen ska även lämna förslag till hur en förordning om bidrag till regioner för investeringskostnader inom ramen för programmet kan utformas. Förslaget ska också innefatta hur myndigheten kan följa upp de investeringar som regionerna söker bidrag för. Uppdraget ska redovisas senast den 1 juni 2022.

Utredningen anser att sjukvårdens robusthet är avgörande för upprätthållandet av vård i alla lägen. Det regeringsuppdrag som Socialstyrelsen fått att förbereda övertagandet av programmet Sjukvårdens säkerhet i kris och krig är ett viktigt steg på vägen men ett upprättande av programmet måste snarast komma till stånd.

²⁸ Regeringsbeslut 2021-10-28, Uppdrag till Socialstyrelsen att genomföra en förstudie om programmet Sjukvårdens säkerhet i kris och krig, (S2021/07152 delvis).

6.2.3 Robusta sjukhusbyggnaden

Bedömning: Driftsäkerheten i verksamheterna är en viktig del av den planering som både kommuner och regioner ska göra enligt hälso- och sjukvårdslagen redan i dag, men som preciseras med utredningens förslag till nya planeringsbestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen som beskrivs i avsnitt 5.1. I en sådan planering ska kommuner och regioner bl.a. beakta möjligheten att hantera alla typer av händelser som allvarligt kan inverka på deras förutsättningar att fullgöra sina skyldigheter att erbjuda en god hälso- och sjukvård.

Sedan år 2008 har det, inom SSIK-programmet, funnits en vägledning, *Det robusta sjukhuset*, för regionerna avseende fysiskt skydd och funktionssäkerhet i sjukhusbyggnader. Under senare år har flera nya sjukhus projekterats och byggts utan att beredskapsaspekter har stått högt på agendan. MSB har inom ramen för SSIK, och i nära samverkan med Socialstyrelsen och SKR, tagit fram vägledningen *Den robusta sjukhusbyggnaden – en vägledning för driftsäkra sjukhusbyggnader*, som publicerades år 2021. I vägledningen konstateras att sjukhus är några av det moderna samhällets mest komplexa och installationstäta byggnader. För att kunna se till att den vård som bedrivs kan utföras säkert och effektivt behöver sjukhusbyggnader och deras fastighetstekniska system vara robusta. Syftet med vägledningen är därför att skapa förutsättningar för att planera, projektera, bygga och förvalta sjukhusbyggnader som är driftsäkra, och som ska bidra till en hög patientsäkerhet för vården i vardag, kris och krig.²⁹

Under år 2019 har det inom ramen för SKR:s arbete med krisberedskap även genomförts en förstudie kring den robusta vårdcentralen. SKR har föreslagit att även primärvården ska innefattas i SSIK-programmet och att arbetet med den robusta vårdcentralen ska tas vidare och att det på motsvarande sätt som för sjukhusbyggnader ska tas fram en vägledning för regionerna som avser robusthet i primärvårdens fastigheter, fastighetstekniska installationer, m.m.

Både arbetet med den robusta sjukhusbyggnaden och den robusta vårdcentralen utgår från att alla sjukhus och vårdcentraler inte behöver ha samma nivå av robusthet. Det är regionernas planering och

²⁹ MSB (2021), *Den robusta sjukhusbyggnaden*, s. 3 och 6.

organisation för att omhänderta ett stort antal skadade och sjuka, vid katastrofer och civilt försvar som ligger till grund för vilken nivå av robusthet olika sjukhus och vårdcentraler ska ha i kris och krig.

Driftsäkerheten i verksamheterna är en viktig del av den planering som både kommuner och regioner ska göra enligt hälso- och sjukvårdslagen redan i dag, men som preciseras med utredningens förslag till nya planeringsbestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen som beskrivs i avsnitt 5.1. I en sådan planering ska kommuner och regioner bl.a. beakta möjligheten att hantera alla typer av händelser som allvarligt kan inverka på deras förutsättningar att fullgöra sina skyldigheter att erbjuda en god hälso- och sjukvård. Driftsstörningar i tekniska system, annan infrastruktur eller försörjningskedjor får snabbt påverka på möjligheten att bedriva god vård och därmed också på patient-säkerheten. Även frågor om hot och våld mot vårdpersonal och patienter behöver analyseras och åtgärdas.

6.3 1177 Vårdguiden

Bedömning: 1177 Vårdguiden utgör en viktig länk mellan sjukvården och medborgarna. Upprätthållandet av funktionalitet och möjligheten att kommunicera via 1177 via e-tjänster och telefon är av stor betydelse för sjukvårdens förmåga att hantera situationer med en stor belastning på hälso- och sjukvården. Regionerna bör särskilt beakta detta i sin planering.

Utredningen anser att de förslag som lämnas av Delegationen för en ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården om tillägg i hälso- och sjukvårdslagen och därtill hörande förordning avseende rådgivningstjänster behöver utvecklas.

Att kunna ge rådgivning, informera om sjukdomstillstånd på distans och att låta patienten själv administrera frågor kring sin vård, som att t.ex. boka besök, blir en allt viktigare funktion i vården. Teknikutvecklingen öppnar också ständigt nya möjligheter. De digitala tjänsterna och rådgivning på distans innebär bl.a. att man ökar tillgängligheten, kan styra till rätt vårdnivå samt får en möjlighet att undvika besök i vården som inte behövs samtidigt som vårdens administration minskar. I dag samlas många sådana hälso- och sjukvårdstjänster via 1177 Vårdguiden.

6.3.1 Vad är 1177 Vårdguiden?

1177 Vårdguiden beskrivs som invånarnas samlade ingång till den offentliga hälso- och sjukvården och drivs av regionerna i samverkan tillsammans med Inera. Genom 1177 Vårdguiden kan medborgarna hitta information om olika sjukdomstillstånd och rekommendationer, logga in för personliga e-tjänster och ringa eller chatta för sjukvårdsrådgivning. Medborgarna kan också ta emot meddelanden, ta del av provsvar eller intyg, läsa sin journal, boka tider, delta i stöd och patientutbildning samt söka information. Tjänsterna och informationen utökas löpande och finns tillgängliga via flera kanaler t.ex. telefon, webb och app.

Varje region driver sin egen verksamhet för sjukvårdsrådgivning via 1177 Vårdguiden, antingen i egen regi eller genom upphandlad underleverantör. Regionernas sjukvårdsrådgivningar ingår i ett nationellt nätverk där de enskilda regionerna har vårdgivaransvaret och själva ansvarar för att bemanna sin regionala sjukvårdsrådgivning. Rådgivningstjänsten på telefon innehåller ett rådgivningsstöd som regionernas sjukvårdsrådgivningar använder.³⁰

Vilka tjänster som tillhandahålls avgörs av de enskilda regionerna. Utbudet kan därför variera mellan regioner, men även inom en region där olika verksamheter kan vara anslutna till olika tjänster.

Fler än hundratusen anställda inom vården kommunicerar med patienter via 1177 Vårdguidens e-tjänster, närmare tvåtusen sjuksköterskor ger sjukvårdsrådgivning på telefon, och flera hundra experter kvalitetssäkrar innehållet i 1177.se och de övriga tjänsterna.³¹ Under år 2020 gjordes 175 miljoner besök och nära 100 miljoner inloggningar på 1177.se. Undersökningar visar att om man är sjuk eller någon i familjen är sjuk och vill kontakta vårdpersonal (via telefon, en app, chatt, videosamtal eller e-tjänster) för att fråga om råd, vänder sig 61 procent till 1177 Vårdguiden. I andra hand, i 18 procent av fallen, kontaktas i stället vårdcentralen. Anledningen till att många vänder sig till 1177 Vårdguiden uppges främst vara för att de vill få kontakt med kompetent vårdpersonal, tillgängligheten, personlig hjälp samt att det upplevs som tryggt.³²

³⁰ www.inera.se/tjanster/1177-varldguiden/1177-varldguiden-pa-telefon.

³¹ A.a.

³² www.inera.se/nyheter/nyheter/1177-varldguiden---framsta-valet-for-halsorad-kring-covid-19/, besökt 2021-05-17.

Inera arbetar med frågan om 1177 bör vara en samlad ingång även för invånaren till socialtjänst och kommunal, hälso- och sjukvård. För närvarande genomförs ett uppdrag för att låta kommunerna använda befintliga delar av 1177 på prov.³³

Utifrån ovanstående kan utredningen konstatera att, även om det finns skillnader i innehållet så är 1177 Vårdguiden är en viktig länk mellan medborgarna och vården. Frågan om variationen i innehåll i tjänsterna hanteras till del av delbetänkandet från Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (S 2020:12).³⁴ Delegationen har också i sitt delbetänkande mer omfattande bakgrundstexter om 1177 Vårdguiden, i detta betänkande återges bara vad som krävs för utredningen syfte.³⁵

Inera

Inera är ett bolag som ägs av SKR Företag samt av regioner och kommuner. Verksamheten bedrivs i aktiebolagsform och ingår i SKR-koncernen. Ägarrådet är det högsta beslutande organet. Inera leds av en styrelse som ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med ägar-
nas intention.

Inera har ett stort ansvar för den grundläggande infrastrukturen och därmed tillgängligheten av 1177 Vårdguiden men beroendet till regionerna, deras personal och it-system är stort. Förenklat kan man säga att Inera står för driften av plattformen 1177 Vårdguiden medan regionerna står för innehållet i informationen och för personalen. Vad gäller den information som regionerna tillhandahåller via Ineras tjänster och plattformar förutsätter det naturligtvis att systemen fungerar på region- eller kommunsidan så att korrekt information kan visas hos Inera. Därmed är det också en förutsättning att regioner och kommuners it-system är robusta.

Inera tillhandahåller många andra tjänster utöver 1177 Vårdguiden till kommuner och regioner. Bl.a. erbjuds säkerhetstjänster för att säkerställa rätt hantering av patientinformation, kommunikationsnätverket sjunet, systemet Pascal för att skriva ut och beställa dos-

³³ www.inera.se/utveckling/utveckling-for-kommuner/socialtjanst-och-kommunal-halso--och-sjukvard/underlag-for-beslut-om-1177-bor-vara-en-samlad-ingang-for-invanaren-till-halso--och-sjukvard-och-socialtjanst/, besökt 2021-05-17.

³⁴ Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (dir. 2020:81).

³⁵ Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan (SOU 2021:59), s. 241 ff.

dispenserade läkemedel samt flera andra tjänster.³⁶ Många av dessa tjänster är av stor betydelse för bedrivandet av vård. I många fall har Ineras system och tjänster komplexa beroenden även till andra aktörer, system och tjänster. Det är därför nödvändigt att samtliga tjänster och system är robusta.

6.3.2 1177 Vårdguiden har en viktig funktion vid påfrestningar på sjukvården

Som framgått ovan bedriver regionerna i dag en omfattande verksamhet via 1177 Vårdguiden. Digital information via t.ex. webbplatser, appar och sociala medier är ett effektivt sätt att sprida sådan information eller sådana råd som inte kräver en individuell bedömning. Som komplement till detta för de som inte kan använda e-tjänster eller för de som har behov av en individuell bedömning finns möjligheten till rådgivning via telefon eller chatt. I händelse av situationer då mångas behov av vård, eller behov av information eller råd om t.ex. hälso- och sjukvård eller smittskydd ökar fyller 1177 Vårdguiden en viktig funktion. Det kan handla om information eller råd utformade till större grupper kring viss vård eller en händelse, information, råd och rekommendationer kring smittskydd eller information om att en viss vård just nu inte kan bedrivas som normalt. En tydlig och väl genomförd information via digitala kanaler, som dessutom är samordnad och samstämmig med annan samhällsinformation, minskar sannolikt kraftigt behovet av individuell rådgivning, via t.ex. telefon och chatt, och medför att resurserna kan prioriteras till de som verkligen har behov av just individuell rådgivning. På detta sätt kan man prata om en viss form av triage även i de digitala kanalerna.

Möjligheterna till information eller råd på gruppnivå tar inte bort behovet av individualiserad rådgivning men de kan, om de utformas rätt, sannolikt minska trycket på den individuella rådgivningen. Att trycket på rådgivningstjänsterna kan bli onormalt högt visade sig under coronapandemin. Under delar av mars år 2020 var trycket särskilt hårt, då ökade det totala antalet ringda samtal från omkring 20–30 000 samtal per dag till 60–70 000 samtal flera dagar, och en toppnotering på nära 160 000 samtal den 12 mars. En stor mängd samtal kom under vissa dagar inte ens fram till talsvarsfunktionen. Dock kunde inte de

³⁶ www.inera.se/tjanster/1177-varldguiden/om-1177-varldguiden.

stundtals långa kötiderna för coronarelaterad information helt elimineras.³⁷

Telefonrådgivning är inte den enda tjänsten som varit av betydelse under pandemin. Huvudmännen har även använt 1177 för att sprida information, råd och rekommendationer samt att tillhandahålla olika tjänster som till exempel bokning av provtagning och vaccination.

Därmed torde det också stå klart att den samlade funktionaliteten vid 1177 är av väsentlig betydelse för upprätthållandet av vårdens förmåga och kapacitet i vardagen så väl som vid situationer med t.ex. många skadade och sjuka, pandemi, klimathändelser eller i höjd beredskap och krig.

Digitala tjänster erbjuder hög kapacitet

Även om de digitala tjänsternas kapacitet när väldigt många vill nyttja dem samtidigt har kritiserats från vissa håll så torde det stå klart att den anropsfrekvens som dessa sajter klara av vida överstiger vad regionerna skulle kunna ta emot genom en telefonitjänst eller genom att ta emot fysiska besök. Sådan information eller råd på gruppnivå får naturligtvis inte leda till att regionerna underdimensionerar eller slutar att tillhandahålla individualiserad rådgivning eller möjlighet till bokning av tjänster via t.ex. telefon, utan ska ses som ett komplement.

Olika informationstjänster kompletterar varandra men behöver vara samordnade

Vårdguiden fyller en viktig funktion även i situationer med stora påfrestningar på hälso- och sjukvården. Information som lämnas till patient via 1177 Vårdguiden är utformad utifrån hälso- och sjukvårdens och patienternas behov. Vid fredstida kriser sprids information även via andra kanaler, t.ex. Krisinformation.se. Den kanalen finns i dag tillgänglig via både web, app och sociala medier. SOS Alarm ansvarar för det nationella informationsnumret 113 13 som kan användas av allmänheten vid stora olyckor och kriser, och under pandemin kan generella frågor om covid-19 besvaras. 113 13 använder myndigheternas webbplatser som underlag för att svara på frågor.

³⁷ Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan (SOU 2021:59), s. 279.

Krisinformation.se och 113 13 ger samlad information från svenska myndigheter ur ett brett perspektiv och syftar inte till att lösa de specifika behov av information som krävs inom hälso- och sjukvårdsområdet. Det innebär dock inte att det inte kan finnas viss hälso- och sjukvårdsinformation även på Krisinformation.se och 113 13. Sådan information behöver i så fall var samordnad med vad som anges på 1177 Vårdguiden. Det finns även ett stort behov av att samordna den övriga information som olika myndigheter publicerar via sina egna kanaler och vad som publiceras via 1177 Vårdguiden och Krisinformation.se. Det gäller såväl kommuner och regioner som statliga myndigheter. Det finns exempel från den pågående pandemin där dessa budskap skiljer sig åt när t.ex. allmänna råd och rekommendationer tolkas och publiceras av olika myndigheter, kommuner och regioner. Samordningen i sig är en viktig faktor när det gäller att bygga tilltro till staten och samhällets funktionalitet. Det är viktigt med samlade och enade budskap, särskilt i situationer med stora påfrestningar på samhället.

MSB har ett ansvar för att berörda aktörer vid en fredstida kris eller vid höjd beredskap får tillfälle att samordna information till allmänhet och medier.³⁸ Det finns dock inga redskap för MSB att framtvunga enhetlig information eller samordnade budskap utan detta måste hanteras som en del i den myndighetsöverskridande samverkan. I framtiden kan även Myndigheten för psykologiskt försvar också kunna bidra till att sådan samordning av budskap uppstår.

Medborgarnas behov kvarstår

Om de digitala kanalerna för information, e-tjänster och rådgivning på distans av någon anledning upphör att fungera upphör sannolikt inte samtidigt medborgarnas behov av att konsumera dessa tjänster. Tvärtom kvarstår med stor sannolikhet dessa behov. Om störningarna i tjänsterna sker samtidigt som andra samhällsstörningar eller i samband med att trycket på vården ökar av annan orsak kan de till och med öka. Medborgarna kommer i så fall i stor grad tvingas välja alternativa kanaler att möta vården. Den första vägen kommer sannolikt drabba telefonrådgivningen, om den fungerar, därefter kommer det spilla över i första hand på vården lokalt.

³⁸ 7 § förordningen (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.

I händelse av situationer då vården på sjukhus och andra vårdinrättningar möter en extra stor belastning, oavsett vad som är orsaken till denna, är det sista man vill möta att de digitala tjänsterna inte fungerar. Upprätthållande av de digitala tjänsterna hjälper övriga vården att kunna fokusera på att ge vård till svårt skadade eller sjuka patienter utifrån principen att de med störst behov ska ges företräde till vården.

6.3.3 Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården

Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården har haft regeringens uppdrag att se över den nationella sjukvårdsrådgivningen via 1177 Vårdguiden.³⁹ Delegationen har haft i uppdrag att bl.a. utreda och lämna förslag om hur en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning genom 1177 Vårdguiden bör utformas kopplat till utvecklingen av den nära vården, nya typer av digitala tjänster eller funktioner och hur tjänsten ska kunna upprätthållas vid kraftigt ökade behov av sjukvårdsrådgivning på grund av större kriser eller samhällsstörningar.

Det finns tydliga beröringspunkter mellan delegationens uppdrag och denna utrednings uppdrag i de delar som avser hälso- och sjukvårdens beredskap, framför allt de delar som rör kraftigt ökade behov av sjukvårdsrådgivning eller information vid större kriser och samhällsstörningar. Delegationen har i sitt betänkande *Vägen till ökad tillgänglighet* lämnat förslag till en reglering av regionernas skyldighet att organisera hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans, via telefon och webbplats, när som helst på dygnet.⁴⁰

Genom delegationens förslag ges förutsättningar för att rådgivningen ska bli mer jämlik bl.a. genom krav på samverkan och att rådgivningen ska utgå ifrån ett gemensamt rådgivnings- och hänvisningsstöd. Utredningen kan dock konstatera att de förslag till bestämmelser som delegationen lämnar enligt utredningens mening är väl detaljerade för en målinriktad ramlag och i delar skulle behöva utvecklas.

Utredningen delar delegationens bedömning att ett antal åtgärder bör vidtas för att se till att så många som möjligt, både i vardag och vid fredstida kriser, kan få sitt informationsbehov tillfredsställt på andra sätt än genom att ta personlig kontakt med hälso- och sjukvårdsrådgivningen, så att en bemannad hälso- och sjukvårdsrådgivning på

³⁹ Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (dir. 2020:81).

⁴⁰ Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan (SOU 2021:59), s. 241 ff.

distans i första hand kan hjälpa dem som är i behov av *individualiserade råd*. Men även om förbättrad och lättillgänglig hälso- och sjukvårdsinformation och digitala självservicejänster tillhandahålls behövs beredskap för utökad bemanning till följd av ökat behov av hälso- och sjukvårdsrådgivning via telefon eller andra kanaler vid fredstida kriser.⁴¹

I de bestämmelser som delegationen föreslår preciseras att rådgivningen ska ske via webbplats (lag) och telefon (förordning). Delegationen för visserligen resonemang om teknikutveckling och andra kanaler men det skulle vara en fördel med mer teknikneutrala bestämmelser. Att i lag ange att information ska publiceras på en webbplats kan även det anses vara väl detaljerat i förhållande till övriga bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen. En mer neutral skrivning kan vara att regionerna ska planera för hur sådan information kan upprätthållas i hela hotskalan (se avsnitt 5.1), dvs. även när de elektroniska tjänsterna faller bort. Man kan då med stöd samma bestämmelse distribuera information på andra sätt, t.ex. via analoga flygblad.

Utredningen delar dock både regeringens och delegationens bedömning att rådgivningstjänsterna fyller en viktig funktion vid kraftigt ökade behov av individualiserad sjukvårdsrådgivning på grund av större kriser eller samhällsstörningar. Delegationen har i sitt förslag till bestämmelse i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) valt att utgå från begreppet allvarlig händelse. Som framgår på flera ställen i detta betänkande (bl.a. i 4.1.2) ser utredningen problem med vissa nu gällande begrepp. Begreppet *allvarlig händelse* finns i dag i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.⁴² Föreskriften kommer, om utredningens förslag i kapitel 5 genomförs behöva ses över. Det kan finnas skäl för regeringen att överväga om det är lämpligt att lyfta ett begrepp som är definierat i föreskrift till en förordning eftersom det kan innebära framtida problem, särskilt mot bakgrund av att Socialstyrelsen överväger att byta ut begreppet *allvarlig händelse* mot *särskild händelse*. Utredningen anser i stället att det, om bestämmelsen behövs, vore bättre att utgå ifrån den situation som föranleder att man inte kan ta emot alla samtal. Syftet med den föreslagna bestämmelsen är att, vid hård belastning eller när en region av andra skäl inte kan ta emot fler samtal, avlasta den regionen. Orsaken till belastningen är av

⁴¹ A.a., s. 314–315.

⁴² 2 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.

mindre betydelse. Detta stämmer också väl med de förslag och resonemang utredningen för i avsnitt 5.3.

Utredningens samlade bedömning

Utredningen anser mot bakgrund av vad som angetts ovan att 1177 Vårdguiden utgör en viktig länk mellan sjukvården och medborgarna. Upprätthållandet av funktionalitet och möjligheten att kommunicera via 1177 är av stor betydelse för sjukvårdens förmåga att hantera situationer med en stor belastning på hälso- och sjukvården. Regionerna bör särskilt beakta detta i sin planering enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Utredningen anser att de förslag som lämnas av Delegationen för en ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården om tillägg i hälso- och sjukvårdslagen och därtill hörande förordning avseende rådgivningstjänster behöver utvecklas ytterligare.

6.4 Beroenden till privata aktörer

Bedömning: Kommuner och regioners avtal med privata aktörer behöver utvecklas bl.a. vad gäller krav som ställs på leverans av varor och tjänster vid fredstida kriser, vid höjd beredskap och i krig. En sådan utveckling börjar i leverantörsdialogen men det finns även ett fortsatt stort behov av stöd om hur sådana avtal kan utformas. Utredningen bedömer att det stöd som Upphandlingsmyndigheten hittills presenterat inte räcker. Stödet för att utveckla bättre avtal bör vara på en mer detaljerad nivå.

Det är också en nödvändighet att det finns ett etablerat samarbete mellan inköps- och krisberedskapsfunktionerna i kommuner och regioner så att avtalen får den inriktning och omfattning som beredskapen kräver.

Regeringen bör inom ramen för totalförsvarsplaneringen tillse att det finns en tillräcklig författningsberedskap särskilt vad gäller sådan allmän tjänsteplikt som följer av lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt samt sådan ransonering som kan ske med stöd av ransoneringslagen (1978:268). Det bör vidare eftersträvas att kom-

muner och regioner får kännedom om de författningsförberedelser som vidtagits för författningsberedskap.

Efter flera förändringar i lagar under 1990- och 2000-talet utförs allt mer av den offentliga välfärden av privata aktörer. Detta gäller även inom hälso- och sjukvårdssektorn. Med en ökande andel privata utförare av vårdtjänster ökar behovet av krav på att dessa kan leverera på ett sätt som säkerställer att kommuner och regioner i sin tur kan uppfylla sina åtaganden enligt gällande rätt. Vilka skyldigheter att planera och leda hälso- och sjukvårdsverksamheten som åligger hälso- och sjukvårdshuvudmännen, samt vilka utmaningar som detta innebär när man även har inslag av privata aktörer, diskuteras mer ingående i avsnitt 4.1 och 4.2.

Det är möjligt för kommuner och regioner att låta privata aktörer utföra sådan vård som kommuner och regioner enligt gällande rätt ska erbjuda. Väljer en kommun eller region att låta privata aktörer utföra vård som kommunen eller regionen är skyldig att erbjuda, måste det således genom avtal också säkerställas att vården utförs i alla lägen. Om kommuner och regioner inte förmår säkerställa tillgången till hälso- och sjukvård genom de avtal som de tecknar med privata leverantörer behöver de på andra sätt säkerställa att de kan leva upp till de krav att erbjuda vård som åvilar dem. I slutändan innebär detta att kommuner och regioner själva får ta på sig ansvaret att också utföra vård som inte privata utföraren tillhandahåller.

Hälso- och sjukvården är inte enbart beroende av privata utförare av vård. Det finns också stora beroenden till leverantörer av andra varor och tjänster. Naturligtvis gäller samma krav och utgångspunkter för dessa och leveranssäkerheten behöver säkerställas. Vissa tjänster kan kommuner och regioner välja att konkurrensutsätta, t.ex. tvätteritjänster. Andra tjänster är det mycket svårt för en kommun eller region att själva utföra t.ex. läkemedelsutveckling och produktion. Utredningen har till viss del redan berört beroendena till privata aktörer i föregående betänkande *En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården*. Där konstaterades bl.a. att det i dag saknas ett system för kontraktering av krigsviktiga företag.⁴³ Utredningen har också i ovanstående betänkande redogjort för kommuner och regioners beroende till privata aktörer avseende försörjningen av sjukvårdsprodukter

⁴³ En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården, (SOU 2021:19), s. 669 ff.

och till apoteksmarknaden. Det pågår också minst två andra utredningar som kan vara av relevans för den framtida utvecklingen inom området, dels Utredning om nationell samordning av försörjningsberedskapen, dels Utredningen om en materielförsörjningsstrategi för det militära försvaret.^{44,45} Även utredningen om en översyn av regleringen om krigsdelegationen, var riksmötet hålls och regeringens normgivningskompetens i allvarliga fredstida kriser kan i förlängningen ha betydelse för privata aktörers ansvar och roll i kris.⁴⁶

Enligt de utredningsdirektiv som gäller för denna utredning ska en kartläggning ske av i vilken utsträckning hälso- och sjukvården är beroende av privata aktörer för att kunna hantera allvarliga händelser i fredstid respektive höjd beredskap. Kartläggningen ska bl.a. belysa om det finns områden där beroendet är särskilt stort. Kartläggningen bör enligt direktiven även avse sjukhus och andra hälso- och sjukvårdsinrättningar som drivs av privata aktörer. Utredaren ska kartlägga vilka krav som regionerna i nuläget ställer på privata aktörer vid allvarliga händelser i fredstid och vid höjd beredskap samt om och i så fall hur dagens situation påverkar hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera sådana händelser. Vid behov ska utredaren se över vilka krav som bör ställas på privata aktörer i denna typ av situationer och vilka förutsättningar som gäller för regionerna om de vill ställa sådana krav. Vid behov ska utredaren lämna förslag till förändringar.⁴⁷

Kommuners och regioners beroende av privata aktörer för försörjning av sjukvårdsprodukter har beskrivits i utredningens tidigare delbetänkande *En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården* (SOU 2021:19). Nedan beskrivs på en övergripande nivå omfattningen av regionernas avtal med privata aktörer och resultatet av en enkät till regionerna som utredningen gjort. Resultatet av enkäten överlämnas i särskild ordning till Regeringskansliet.

6.4.1 Kommuners och regioners avtal med privata aktörer

År 2020 uppgick regionernas samlade köp från privata utförare till 52 miljarder kronor, vilket utgjorde 18 procent av regionernas totala

⁴⁴ Nationell samordning av försörjningsberedskapen (dir. 2021:65).

⁴⁵ En materielförsörjningsstrategi för det militära försvaret (dir. 2020:119).

⁴⁶ En översyn av regleringen om krigsdelegationen, var riksmötet hålls och regeringens normgivningskompetens i allvarliga fredstida kriser (dir. 2021:80).

⁴⁷ Hälso- och sjukvårdens beredskap och förmåga inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap (dir. 2018:77), s. 40–41.

nettokostnad för hälso- och sjukvård, exklusive kostnad för läkemedel inom läkemedelsförmånen. Region Sörmland och Stockholm är de regioner som i störst utsträckning köpt vård av privata utförare, där utförs 28 procent av regionens verksamhet i privat regi. I Region Västerbotten och Region Norrbotten utförs endast fem procent av regionens verksamhet av privata utförare.⁴⁸ Denna skillnad är inte förvånande eftersom utbudet och tillgången till privata aktörer typiskt sett är bättre i områden med ett större befolkningsunderlag. Avseende kommuner har utredningen inte kunnat finna liknande underlag avseende hälso- och sjukvård, dock utgör 13 procent av kommunernas kostnader köp av verksamhet från andra utförare.⁴⁹

Tabell 6.1 Regionernas köp av verksamhet från privata utförare per verksamhetsområde

Anges i miljarder kronor respektive som andel av nettokostnader exklusive kostnader för läkemedel inom läkemedelsförmånen, 2020

Verksamhet	Köp år 2020	Andel privata aktörer, procent
Primärvård	20,9	41,5
Specialiserad somatisk vård	12,2	8,0
Specialiserad psykiatrisk vård	2,4	10,1
Övrig hälso- och sjukvård	1,8	8,3
Tandvård	1,1	16,3
Trafik och infrastruktur	13,6	48,1
Kultur, utbildning och allmän regional utveckling	0,2	2,2
Regionerna totalt	52,3	17,9

Källa: SCB.

Avtalsvillkor om leveranssäkerhet

Utredningen har genom en enkät inhämtat information från regionerna om omfattningen och information i avtal mellan regioner och privata aktörer. Vad gäller beroenden till privata aktörer avseende köp av sjukvårdsprodukter så har detta berörts i utredningens föregående betänkande.⁵⁰ Även om enkäten inte omfattar den kommunala hälso- och sjukvården finns det enligt utredningen skäl att anta att mönst-

⁴⁸ SCB Offentlig ekonomi, Räkenskapsammandrag för kommuner och regioner.

⁴⁹ www.ekonomifakta.se/fakta/valfarden-i-privat-regi/privata-aktorer-i-offentlig-sektor.

⁵⁰ En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården, (SOU 2021:19).

ret ser ungefär likadant ut och de slutsatser som här dras kan antas gälla även för kommuner.

Enkätsvaren visar på att regionerna har ett stort beroende till privata aktörer, både till privata vårdgivare och leverantörer av andra tjänster, och att det i stor omfattning saknas relevanta avtalsbestämmelser som tar höjd för situationer som kan uppstå i de olika delarna i hotskalan. Det är vanligare att avtalen inkluderar situationer med stora skadeutfall i fredstid och för andra fredstida kriser än för höjd beredskap och krig. Avtal som omfattar och innehåller bestämmelser som ska säkerställa leverans avtar alltså generellt sett längre upp i hotskalan.

Närmare analys av vissa avtalsområden

Utredningen har närmare analyserat hur regionernas avtal med privata utförare är utformade inom tolv avtalsområden som utredningen bedömer kritiska för vårdens upprätthållande. I analysen har också ingått i vilken utsträckning avtalen innehåller bestämmelser som säkerställer de privata utförarnas medverkan i de olika delarna av hotskalan. De tolv avtalsområden är:

- sjuktransporter,
- omhändertagande av avlidna,
- blodverksamhet,
- laboratorieverksamhet,
- försörjning av livsmedel/färdiglagad mat,
- tvätteritjänster,
- drivmedel till ambulanser/övriga transportfordon,
- drivmedel till reservkraft,
- lokalvård/städning/renhållning,
- snöröjning och andra fastighetstjänster,
- avfallshantering, och
- bevakningstjänster.

Utifrån enkätsvaren kan utredningen konstatera att majoriteten av regionerna saknar bestämmelser som säkerställer att leverantörer tillhandahåller ovanstående tjänster genom hela hotskalan. Andelen avtal som säkerställer de privata utförarnas medverkan blir färre i takt med att hotskalan ökar.

It-tjänster

Kommuner och regioner har för sin verksamhet även ett stort beroende till informations- och kommunikationstjänster (se även 6.2.1 ovan). Dessa tjänster behövs för vårdens utförande såväl som för de olika stödprocesser som finns kring beslutsstöd och försörjningen med varor och tjänster. Inte minst den senaste händelsen med en ransomware-attack mot Kalix kommun under december år 2021 visar på vilken sårbarhet som finns och hur de kan negativt påverka sjukvårdsverksamheten. Att säkerställa funktionalitet i informations- och kommunikationstjänster är därmed minst lika viktigt som att säkerställa funktionalitet i leverans av övriga varor och tjänster. Utredningen har därför valt att särskilt ställa frågor till regionerna kring avtal och beroenden på detta område.

Av svaren framgår att krav på funktionssäkerhet i it-tjänster och vårdrelaterade it-system samt att dessa kan användas vid allvarliga händelser, fredstida kriser, höjd beredskap eller krig ställs i högre utsträckning när verksamhet bedrivs i regionernas egen regi än vid upphandling av privata vårdgivare. Som för de tidigare redovisade tjänsterna saknas kraven högre upp i hotskalan, det vill säga precis motsatt vad som hade varit önskvärt ur beredskapssynpunkt. Det ska dock noteras att utredningens undersökning på området är mycket översiktlig och att it-systemens funktionalitet och inbördes beroenden ofta är komplexa. Det finns med anledning av utredningens fynd ändå skäl att närmare analysera dessa beroenden och intensifiera arbetet med en robust informations- och kommunikationsteknologi.

Det är vanligt med force majeure-klausuler

De flesta civilrättsliga avtal innehåller en s.k. befrielsegrund eller force majeure-bestämmelse. Utredningen har analyserat regionernas användning och frekvens av sådana bestämmelser samt hur ofta leverantörer

åberopat dessa. Bestämmelserna är ofta generellt skrivna med syfte att klargöra vilka svåra omständigheter som ligger till grund för att avtalet inte ska gälla och grundar sig med stor sannolikhet i att om alla situationer ska täckas in i avtalet blir det oerhört kostnadsdrivande. Eftersom situationerna ändå inträffar relativt sällan står då inte nyttan med att säkra upp för varje situation i respektive avtal i proportion till kostnaderna. Exempelvis kan beskrivningen av befrielsegrunden se ut enligt följande:

Part är befriad från påföljd för underlåtenhet att fullgöra viss förpliktelse enligt avtalet, om underlåtenheten har sin grund i krig, strejk, lockout, brand, översvämning, knapphet på transporter eller energi, myndighetsåtgärd, ny tillkommen eller ändrad lagstiftning eller annan omständighet som ligger utanför i fråga varande parts kontroll och omständigheten förhindrar eller försenar fullgörandet av förpliktelsen ("Befrielsegrund"). Part som påkallar Befrielsegrund enligt stycket ovan ska utan dröjsmål skriftligen meddela den andra parten.

Befrielsegrunden ovan gör gällande att oavsett om det brunnit i en av leverantörens underleverantörers fabrik på en annan kontinent eller om det är brist på transporttjänster så friskrivs leverantören från skyldigheter. Detta är ytterst problematiskt på hälso- och sjukvårdsområdet, i synnerhet om en region endast har en leverantör, då regionen aldrig kan friskriva sig från sitt ansvar utifrån gällande rätt. Skyldigheten att tillhandahålla vård gäller ändå. Det blir därför ett reellt problem för regionerna att hantera dessa befrielsegrunder, som bedöms vara mycket vanliga i nu gällande kontrakt.

Ett sätt att hantera klausuler om force-majeure är att genom avtalsbestämmelser säkerställa att situationer som kan medföra befrielsegrund undviks, exempelvis genom krav på brandskydd och intrångsskydd i leverantörens lagerlokaler eller andra krav på leverantören som säkerställer att denne minskar sin egen sårbarhet i exempelvis relation till andra leverantörer. För att inte skapa onödigt dyra avtal i normalläget måste skyldigheter som en leverantör för särskilda situationer vara mycket tydliga och väl avgränsade så att det är möjligt att beräkna kostnaden för kraven och tydligt ange hur de ska prissättas. Vissa händelser som konstituerar force-majeure kommer dock naturligtvis aldrig att kunna förbyggas avtalsvägen.

Vidare kan konstateras att många regioner i dag har avtal med bestämmelser som medför skyldigheter för leverantören vid allvarliga händelser, fredstida kriser, höjd beredskap och krig samtidigt som man

i samma avtal har bestämmelser om force majeure. Flera regioner har dock inte analyserat hur dessa bestämmelser förhåller sig till varandra och det finns säkert särskild anledning att genomföra sådana analyser eftersom flera leverantörer under utbrottet av covid-19 har åberopat force-majeure. Det kan i detta sammanhang ännu en gång understrykas att de skyldigheter att erbjuda vård som en kommun eller region har enligt hälso- och sjukvårdslagen och annan lagstiftning gäller i alla lägen.

6.4.2 Avtalen behöver utvecklas

Det är utifrån föregående avsnitt tydligt att kommuner och regioner behöver göra mer vad gäller avtal med olika privata aktörer. Upphandlingsmyndigheten har nyligen haft ett regeringsuppdrag att utveckla stöd vid upphandling av samhällsviktig verksamhet.⁵¹ Uppdraget resulterade i stödande texter och material på myndighetens hemsida. Utredningen bedömer att detta stöd inte räcker och att stödet för att utveckla bättre avtal bör vara på en mer detaljerad nivå och kan utformas mer utifrån olika verksamheter eller delar av marknaden. Det finns enligt utredningen därför ett fortsatt stort behov av stöd till kommuner och regioner avseende hur avtal kan utformas, inte minst för höjd beredskap och krig.

Utredningen kan vidare konstatera att flera regioner saknar ett etablerat samarbete mellan inköps- och krisberedskapsfunktionerna. Utredningen bedömer att det är nödvändigt att det finns ett sådant samarbete mellan krisberedskapsfunktionen, som är sammanhållande för arbetet med risk- och sårbarhetsanalyser och som planerar för regionens verksamhet vid fredstida kriser och höjd beredskap, och inköpsfunktionen som upphandlar och utformar villkor i avtalen. Vad utredningen erfar finns i vissa regioner sedan tidigare sådana samarbeten t.ex. på miljöområdet där de funktioner som ansvarar för regionens miljö- eller hållbarhetsarbete nära knyts till upphandlingsprocessen i miljöprioriterade upphandlingar. Ett motsvarande arbetsätt borde vara en självklarhet vad avser upphandlingar som är av kritisk betydelse för upprätthållandet av hälso- och sjukvårdsverksamhet. Regioner som inte redan har etablerat sådana nödvändiga arbetsätt

⁵¹ Uppdrag att ge förstärkt stöd vid upphandling av samhällsviktig verksamhet (Fi 2019/03819).

och samarbeten har givetvis anledning att betänka lämpligheten av detta. Vad som ovan sagts gäller i viss mån även kommunerna.

Det behöver klargöras hur privata aktörer ska förhålla sig till särskild sjukvårdsledning

Som framgått av avsnitt 4.2.2 ser utredningen en del problem med hur kraven på särskild sjukvårdsledning i dag är utformade och vilka uppgifter som ledningsfunktionen ska utföra. Särskild sjukvårdsledning och dess roll är inte minst relevant i förhållandet till privata aktörer. Ofta beskrivs det i olika planverk att den särskilda sjukvårdsledningen ska ha mandat att förfoga över ett stort mått av regionens resurser. Syftet med detta är att snabbt kunna inrikta verksamheten och att skapa den förmåga som krävs för att hantera situationen. Vilka möjligheter som finns att genom en särskild sjukvårdsledning styra över olika former av resurser där tillgången grundar sig på avtal behöver naturligtvis framgå av avtalen. Det gäller både utförande av vård och andra varor och tjänster samt om det handlar om vård på sjukhus eller inom primärvården. Exempelvis kan nämnas att det i dag finns krav på lokal särskild sjukvårdsledning på vårdenheter och att de flesta regioner har en lokal särskild sjukvårdsledning för primärvården. En sådan ledning inrättas vad utredningen erfar ofta kopplat till regionens förvaltning för den egna primärvården medan avtal för hela primärvården styrs via vårdvalet och dess kansli. Vad som ovan sagts gäller i viss mån även kommunerna när det gäller förhållandet mellan kommunernas krisledning och privata aktörer.

Leverantördialogen behöver utökas

Som för all upphandling är det viktigt med en god leverantördialog när man utformar de allmänna krav som ska gälla för kommande upphandlingar. Eftersom kommuner och regioner har ett långgående ansvar som ställer krav på att man tecknar kontrakt som säkerställer leverans även i situationer då det kan vara svårt att upprätthålla behöver parterna gemensamt utforma dessa krav. Sådana krav ska ge köparna den säkerhet de behöver utan att för den sakens skull leda till oerhörda prisstegringar eller konkurrenssnedvridning för företagen. Att ställa sådana krav så att rätt effekt uppnås kan vara svårt och bör därför ta

sin grund i leverantörsdialogen. Sådana dialoger förs lämpligen inom olika kategorier eller inköpsområden för att kunna ta hänsyn till de särskilda förhållanden som råder i respektive kategori.

Avtal behöver skilja på fredstida kriser och höjd beredskap

Det finns i svensk rätt en tydlig vattendelare i när regeringen påkallar en höjning av beredskapen enligt 3 § lagen (1992:1403) om totalförsvaret och höjd beredskap. Vid höjd beredskap finns möjlighet för regeringen att vidta särskilda åtgärder med anledning de s.k. fullmaktslagarna, t.ex. förfogandelagen (1978:262), ransoneringslagen (1978:268), arbetsrättsliga beredskapslagen (1987:1262) och prisregleringslagen (1989:978). Vid beredskapslarm tillämpas alla dessa omedelbart. Två av de ovan nämnda fullmaktslagarna kan dock tillämpas även när det inte råder höjd beredskap, det gäller ransoneringslagen och prisregleringslagen.

Höjd beredskap innebär också att det är möjligt för regeringen att föreskriva om allmän tjänsteplikt enligt 6 kap. 1 § lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt.

Vad avser situationer som inte omfattar höjd beredskap är det utredningens uppfattning att avtalsinstrumentet är det verktyg som kommuner och regioner måste använda för att säkerställa leverans av varor och tjänster från privata utförare. Några allmänna skyldigheter för privata aktörer att upplåta resurser till kommuner och regioner eller möjlighet till förfogande finns inte om inte höjd beredskap råder. Genom planering, som nogsam beskriver i avsnitt 4.1, bör kommuner och regioner kunna skapa sig en uppfattning om vilken kapacitet som kan vara aktuell att avtala om. Behov av exempelvis extra operationssalar eller annan vårdkapacitet från bl.a. privata aktörer som inte bedriver offentligfinansierad vård eller de som bedriver estetisk kirurgi eller veterinärmedicinsk verksamhet måste i situationer som inte gäller höjd beredskap säkerställas genom avtal.

Det är dock uppenbart att exempelvis ett förfogande enligt förfogandelagen eller en ransoneringsåtgärd kan medföra att en leverantör inte kommer att kunna fullgöra avtalsenliga skyldigheter. Det är omöjligt för avtalsparterna att anpassa avtal till omständigheter som följer av en tillämpning av vissa lagar om det inte är känt vad denna tillämpning kommer att medföra. Detta gäller för fullmaktslagarna i höjd

beredskap, men för ransonerings- och prisregleringslagen i de fall de tillämpas även vid andra situationer.

Särskilda omständigheter vid höjd beredskap

Det kan utifrån ovanstående finnas skäl att fundera över hur eller vad som bäst regleras i avtal när det kommer till höjd beredskap och krig för att avtalen inte ska bli kostnadsdrivande i vardagen.

En viktig fråga att klargöra i avtalen är vilka uppgifter de privata aktörerna förväntas utföra då värden ställs inför svåra utmaningar såsom vid fredstida kriser och krig. Ska de utföra samma uppgifter som i normalläge eller andra uppgifter och hur ska detta i så fall ersättas? Det är sannolikt mer kostnadseffektivt att i förväg försöka hitta särskilda villkor kring detta än att det ska ingå i den normala prisbilden vilken skulle kunna medföra risk för att priset blir alldeles för hög. Osäkerhet i vad som ska levereras och hur långtgående skyldigheter som åläggs en näringslivsaktör brukar snabbt visa sig i prisbilden. Tydlighet är sannolikt något som föredras av samtliga parter.

Det har av vissa framhållits till utredningen att det inte är lämpligt att teckna avtal för situationer som innebär höjd beredskap då detta t.ex. skulle bli alltför kostsamt och att staten därför bör ta ett ansvar för att säkerställa leverans av sådana varor och tjänster. Utredningen kan, som framgått tidigare, konstatera att kommuner och regioner har långtgående skyldigheter att erbjuda hälso- och sjukvård men också en stor frihet att organisera sig som man finner effektivast. Med dessa friheter och skyldigheter kommer ett ansvar att organisera sig så att man kan lösa sina uppgifter. Det kan enligt utredningen därför inte anses ankomma på staten att säkerställa funktionaliteten i t.ex. tvätterinärningen för att kommuner och regioner valt att inte ha egna tvätterier. Detsamma gäller andra områden där kommuner och regioner kan göra olika val. Detta innebär dock inte att staten inte tar något ansvar alls. Det finns vissa redskap som staten kan använda vilket framgår nedan. En annan komplicerande faktor är att många företag som producerar eller tillhandahåller varor ingår i globala värde- och leveranskedjor vilket innebär att det inte är helt enkelt att rikta krav mot dessa enbart genom rättslig reglering.

Det kan konstateras att bl.a. näringsidkare har en skyldighet att delta i planeringen för totalförsvaret enligt lagen (1982:1004) om skyl-

dighet för näringsidkare, arbetsmarknadsorganisationer m.fl. att delta i totalförsvarsplaneringen. Kommuner och regioner har dock i dag inte rätt att begära sådan medverkan enligt lagen utan det är förbehållet statliga myndigheter. Socialstyrelsen är en sådan myndighet. På motsvarande sätt som för fredstida kriser är det viktigaste att få till stånd en leverantörsdialog om förutsättningarna att leverera vård, varor eller andra tjänster även i höjd beredskap. Om det finns en välfungerande leverantörsdialog bör det vara möjligt att avhandla många frågor som har betydelse för höjd beredskap även utan uttryckliga krav i lag.

Vidare måste kommuner och regioner överväga vilken betydelse den allmänna tjänsteplikten har och vilka sektorer som det är sannolikt att allmän tjänsteplikt kommer råda inom. Allmän tjänsteplikt innebär i korthet att en arbetstagare måste gå till jobbet och att arbetstagaren inte kan säga upp sig. Bestämmelser om den allmänna tjänsteplikten finns i 6 kap. lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt. Utredningen bedömer det som sannolikt att regeringen i händelse av höjd beredskap kommer föreskriva om att allmän tjänsteplikt ska råda inom hälso- och sjukvården. Det är dock oklart om en sådan plikt även omfattar exempelvis privata aktörer som utför snöröjning eller tvättar åt en region. Leverantörer som kommer att omfattas av allmän tjänsteplikt har sannolikt lättare att fortsätta leverera varor och tjänster. Det kan finnas skäl att inom ramen för totalförsvarsplaneringen närmare överväga olika alternativ för föreskrifter om tjänsteplikt för olika sektorer. Detta bedöms nödvändigt för en god författningsberedskap. För att föreskrifter om tjänsteplikt ska kunna utformas på lämpligt vis behöver det vara känt vilka behov av tjänsteplikt som föreligger i de olika samhällssektorerna.

Såvitt avser hälso- och sjukvård bör kommuner och regioner lämna uppgifter om vilka behov avseende tjänsteplikt de har för att upprätthålla sina samhällsviktiga verksamheter (beträffande uppgifter som behövs för totalförsvarsplanering, se förslag i avsnitt 5.1.2). Arbetet med att förbereda föreskrifter om tjänsteplikt kan därefter genomföras med utgångspunkt från de behov som kommuner och regioner har lämnat uppgifter om. Det torde också vara möjligt att inom planeringssystemet för totalförsvar delge information om de författningsförberedelser som vidtagits till kommuner och regioner. Vilket i sin tur kan underlätta för kommuner och regioners planering och avtalskrivning.

Motsvarande resonemang som ovan förts beträffande lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt bedöms vara aktuella vad gäller t.ex. tillämpning av ransoneringslagen (1978:268). Förmågan att säkerställa leverans av framför allt varor i situationer då ransoneringslagen är tillämplig är beroende av vilka aktörer som då ska ha rätt till varor. Sådana eventuella begränsningar påverkar alla leverantörer i leveranskedjan och går utanför vad som angetts i avtal. En kommun eller region kan inte kräva leverans av en vara eller tjänst som ransonerats åt andra aktörer oavsett vad som må framgå av befrielsegrunder i avtalen.

Utredningen kan avslutningsvis konstatera att flera av de regioner som har avtal med privata aktörer om slutenvård i privat regi saknar avtalsbestämmelser som ger regionen rätt att styra över den privata vårdgivarens slutenvårdsresurser. För situationer då höjd beredskap inte råder bör det som angetts ovan vara en fråga som endast kan lösas genom en avtalsreglering men i händelse av höjd beredskap blir förfogandelagen (1978:262) aktuell och regionerna kan då använda sig av de möjligheter till förfogande som den lagen ger. Sådant förfogande kan i så fall ske över bl.a. vårdinrättningar. Även om det enligt förfogandelagen finns möjligheter till oplanerat förfogande är det givetvis bättre om ett förfogande planerats i förväg. Det är enligt utredningen möjligt för kommuner och regioner att *planera* inför ett eventuellt förfogande. Om regionerna behöver tillgång till uppgifter om leverantörens verksamhet torde de kunna få det med stöd av Socialstyrelsen och den ovan nämnda lagen (1982:1004) om skyldighet för näringsidkare, arbetsmarknadsorganisationer m.fl. att delta i totalförsvarsplaneringen.

Sammanfattande bedömning

Kommuner och regioners avtal med privata aktörer behöver utvecklas bl.a. vad gäller krav som ställs på leverans av varor och tjänster vid fredstida kriser och vid höjd beredskap. En sådan utveckling börjar i leverantörsdialogen men det finns även ett fortsatt stort behov av stöd om hur sådana avtal kan utformas. Utredningen bedömer att det stöd som Upphandlingsmyndigheten hittills presenterat inte räcker. Stödet för att utveckla bättre avtal bör vara på en mer detaljerad nivå.

Det är också en nödvändighet att det finns ett etablerat samarbete mellan inköps- och krisberedskapsfunktionerna i regioner och kom-

muner så att avtalen får den inriktning och omfattning som beredskapen kräver.

Regeringen bör inom ramen för totalförvarsplaneringen tillse att det finns en tillräcklig författningsberedskap särskilt vad gäller sådan allmän tjänsteplikt som följer av lagen (1994:1809) om totalförvarsplikt samt sådan ransonering som kan ske med stöd av ransoneringslagen (1978:268). Det bör vidare eftersträvas att kommuner och regioner får kännedom om de författningsförberedelser som vidtagits för författningsberedskap.

6.5 Sjukvårdens förmåga att hantera CBRN-händelser

Bedömning: Dagens CBRN-hot medför att hälso- och sjukvårdens förmåga att verka i CBRN-miljö och hantera CBRN-skador behöver öka.

Varje kommun och region ansvarar i dag för att, utifrån sin risk- och sårbarhetsanalys, bedöma vilken förmåga och utrustning som behövs för att i sina verksamheter kunna hantera sådana extraordinära händelser.

Vid mycket omfattande händelser eller vid utdragna förlopp kan den mängd skyddsutrustning som behövs överstiga vad som är rimligt att ha beredskap för i en enskild kommun eller region. För sådana tillfällen bör det finnas nationella förstärkningsresurser i statliga säkerhetslager med geografisk spridning i landet.

Staten bör inom ramen för framtagande av planeringsanvisningar ta fram krav på vilken förmåga att hantera CBRN-hot som krävs för totalförsvarets behov. Sådan förmåga omfattar även hälso- och sjukvård.

Förslag: Socialstyrelsen ska tillsammans med Folkhälsomyndigheten, Försvarmakten, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap och Totalförsvarets forskningsinstitut ta fram rekommendationer om vilken grundläggande förmåga hälso- och sjukvården ska ha och vilken utrustning som bör finnas i alla kommuner och regioner. Vid behov bör även standarder för sådan utrustning fastslås.

I bland annat industrin och inom hälso- och sjukvården används dagligen olika kemiska, biologiska, radiologiska eller nukleära ämnen⁵² som, om de vid t.ex. en olycka kommer i kontakt med människor eller miljö, innebär fara för liv och hälsa. Vissa ämnen kan också användas medvetet i antagonistiskt syfte för att skada människor eller miljö, endera genom vapen eller genom att de släpps ut avsiktligt på annat sätt.

Begreppet *farliga ämnen* används ibland för ovanstående ämnen. Detta begrepp begränsas dock till kemiska ämnen enligt vad som är definierat i lagen (1999:381) om åtgärder för att förebygga och begränsa följderna av allvarliga kemikalieolyckor. Dessa farliga ämnen är listade i en särskild förordning och följer av ett EU-direktiv.^{53,54} Vid transporter används ibland också begreppet *farligt gods*. Farligt gods definieras i lagen (2006:263) om transport av farligt gods och omfattar både kemiska, biologiska och radioaktiva ämnen.⁵⁵

Hot med kemiska, biologiska, radiologiska eller nukleära ämnen brukar benämnas CBRN⁵⁶-hot. Ursprungligen avgränsades CBRN-hot till (massförstörelse)vapen men med tiden har begreppet fått en vidare betydelse genom att också inkludera icke-militära och oavsiktliga hot. Skadehändelser med sådana ämnen kan därför uppstå även när dessa släpps ut genom t.ex. en olycka. Både farligt gods och farliga ämnen enligt ovan kan vara ämnen som omfattas av begreppet CBRN i dess vida bemärkelse. Alla CBRN-ämnen är dock inte farliga ämnen i lagens mening. Ur ett medicinskt perspektiv är orsaken till utsläppet av underordnad betydelse.

⁵² Begreppet ämne omfattar i detta fall även bakterier, virus eller andra smittämnen.

⁵³ Bilaga 2 till förordning (2015:236) om åtgärder för att förebygga och begränsa följderna av allvarliga kemikalieolyckor.

⁵⁴ Europaparlamentets och rådets direktiv 2012/18/EU av den 4 juli 2012 om åtgärder för att förebygga och begränsa faran för allvarliga olyckshändelser där farliga ämnen ingår och om ändring och senare upphävande av rådets direktiv 96/82/EG.

⁵⁵ 5 § lagen (2006:263) om transport av farligt gods.

⁵⁶ CBRN är den internationella förkortningen för chemical, biological, radiological and nuclear.

Det förekommer även en närliggande akronym till CBRN, CBRNE, i litteratur och styrdokument. Skillnaden är huruvida explosiva ämnen inkluderas eller inte. Skador orsakade av explosiva ämnen hanteras i detta betänkande inom ramen för den ordinarie traumavården varför utredningen begränsar detta avsnitt till skador som uppkommer av CBRN.

6.5.1 Ansvarsfördelning inom CBRN(E)-området

Ansvar för CBRNE är uppdelat på många olika aktörer i samhället och ställer stora krav på samverkan nationellt såväl som internationellt.

Regeringen har det övergripande ansvaret för krishantering på nationell nivå utifrån bl.a. det geografiska områdesansvaret. Regeringens ansvar gäller framför allt strategiska frågor medan ansvaret för ledning och samordning av praktiska åtgärder åligger berörda myndigheter, kommuner och regioner. Regeringen ansvarar, precis som för övrig utrikespolitik, även för samverkan med olika internationella aktörer.

Myndigheternas ansvar

Internationellt är ansvaret för CBRN ofta samlat hos en myndighet, men i Sverige är det uppdelat på flera myndigheter och följer de olika myndigheternas ordinarie ansvarsområden. Nedan följer en kortfattad beskrivning av respektive myndighets ansvar.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, i det följande förkortat MSB, är central förvaltningsmyndighet för frågor om brandfarliga och explosiva varor samt ger ut föreskrifter och information på området. MSB har vissa förstärkningsresurser för CBRN-händelser.

Kustbevakningen har ansvar för frågor som rör transporter av farliga ämnen till sjöss. Myndigheten har även särskilda regeringsuppdrag att ta fram åtgärder vid påträffande av, samt information om riskområden där det förekommer, minor och kemiska stridsmedel till sjöss.^{57,58}

Livsmedelsverket har ett övergripande ansvar för att utbrott av livsmedelsburen smitta utreds.

⁵⁷ Kustbevakningen (2007): *Kemiska stridsmedel till sjöss – Information och vägledning för svenska fiskare, sjöentreprenörer, dykare och andra berörda* (dnr 510-449/08).

⁵⁸ Försvarsmakten, Kustbevakningen och Polismyndigheten (2007): *Oexploderad ammunition, minor och kemiska stridsmedel till sjöss*.

Statens jordbruksverk ska bl.a. om åker- och betesmark förorenas av radioaktiva ämnen ta reda på vilken typ av ämnen det är, hur stor mängd av ämnena som finns i marken och vilka områden som är drabbade. Myndigheten har också i uppgift att hantera utbrott (bekämpa och minska spridning) av allvarliga smittsamma djursjukdomar, som till exempel mul- och klövsjuka, svinpest och fågelinfluensa. Det kan både vara sjukdomar som sprids bland djur (epizootier) och från djur till människa (zoonoser).

Statens veterinärmedicinska anstalt ansvarar bl.a. för att övervaka smittläget bland djur vilket är av relevans även för människor om dessa smittor kan spridas vidare (zoonoser) eller på annat sätt utgör ett hot mot människor (epizooti).

Strålsäkerhetsmyndigheten har ett samlat ansvar inom områdena strålskydd, kärnsäkerhet och nukleär icke-spridning. Myndigheten samordnar de beredskapsåtgärder som krävs inom den nationella strålskyddsberedskapen. Myndigheten genomför kärntekniska och radiologiska analyser, mäter joniserande strålning, kommunicerar med myndigheter och internationella organ och informerar allmänhet och massmedia om kärnteknisk verksamhet och verksamhet med strålning samt strålskyddsfrågor kopplat till en händelse.

Säkerhetspolisen bedriver underrättelsearbete och vidtar åtgärder för att förhindra terroristattentat och andra terrorbrott. I myndighetens uppdrag ingår även att förhindra att obehöriga icke-statliga aktörer kommer över kemiska, biologiska, radiologiska eller nukleära ämnen (CBRN).

Totalförsvarets forskningsinstitut bedriver forskning inom området CBRN. I detta ingår att undersöka hotbild, indikera utsläpp och analysera prover, bedömning av effekter, spridningsmodellering av utsläpp, sanering, forskning avseende fysiskt skydd,

Tullverket har också uppgifter på CBRN-området genom att de har särskilt utsedda gränsskyddsgrupper med förmåga till detektion av kemiska, biologiska, radiologiska och nukleära ämnen (CBRN-grupper). CBRN-grupperna är en nationell resurs. En tulltjänsteman som ingår i en sådan grupp är i vissa fall även skyldig att även delta i insatser utanför Tullverkets vanliga verksamhet.⁵⁹

⁵⁹ 2 § föreskrifter om Tullverkets medverkan i räddningstjänst eller vid sanering efter utsläpp av radioaktiva ämnen (TFS 2007:20).

Polismyndigheten är ansvarig för att koordinera incidenter med farliga ämnen och ansvarar bl.a. för att ta hand om misstänkta farliga föremål. Sådana föremål kan vara CBRN-relaterade.

Försvarsmakten ansvarar för CBRN-frågor relaterade till militära operationer. Försvarsmakten organiserar också Totalförsvarets skyddscentrum i Umeå vilka ansvarar för och stödjer utbildning och kompetensutveckling avseende CBRN-området för Försvarsmaktens personal samt civila myndigheter.

Socialstyrelsen är central förvaltningsmyndighet för hälso- och sjukvårdsfrågor och tar bl.a. fram kunskapsunderlag för hälso- och sjukvård. Myndighetens uppdrag avser även hälso- och sjukvård orsakad av CBRN-händelser. Myndigheten ansvarar också för att expertis upprätthålls inom katastrofmedicin och att expertstöd finns till hands inom bland annat C och RN-området.

Folkhälsomyndigheten ansvarar bl.a. nationellt för smittskyddsfrågor. Myndigheten är också nationell kontaktpunkt för det internationella hälsoreglementet. Myndigheten har uppgifter avseende gränsöverskridande hälsohot vilket kan utgöras av både C, B, R och N-händelser.

Länsstyrelserna ansvarar för att samordna och stödja andra myndigheter, organisationer och företag i händelse av en fredstida kris. Detta gäller även vid CBRN-händelser. Länsstyrelserna ska också vid kärnteknisk olycka utse en statlig räddningsledare med stab.⁶⁰ Den kommunala räddningstjänsten medverkar med operativa resurser men lyder under den statliga räddningsledaren. Länsstyrelsens ansvar gäller oavsett om det är en svensk eller utländsk kärnteknisk olycka. För övriga händelser med radioaktiva ämnen ansvarar kommunal räddningstjänst.

Regionernas ansvar

I den komplexa hanteringen av en CBRN-händelse, med många involverade aktörer som beskrivs ovan, ansvarar regionerna för sjukvården. Inom ramen för regionernas ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ingår att ta hand om kontaminerade, skadade eller sjuka personer vid CBRN-händelser.

⁶⁰ 4 kap. 6 och 8 §§ lagen (2003:778) om skydd mot olyckor samt 15 § förordningen (2003:789) om skydd mot olyckor.

Regionerna ska enligt 2 kap. 1 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap (LEH) analysera vilka extraordinära händelser i fredstid som kan inträffa i regionen och hur dessa händelser kan påverka den egna verksamheten. Resultatet av arbetet ska värderas och sammanställas i en risk- och sårbarhetsanalys. Inom en kommun kan det exempelvis vara att planera för konsekvenserna inom hemtjänst och/eller särskilt boende där kontaminerad luft från t.ex. en brand i en kemikaliefabrik driver in över kommunen.

Risk- och sårbarhetsanalysen i regionen ska också ligga till grund för planeringen av den katastrofmedicinska beredskapen.⁶¹ Det får förutsättas att en CBRN-händelse är att betrakta som extraordinär händelse då den avviker från det normala, innebär en allvarlig störning eller risk för allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och kräver skyndsamma insatser av en kommun eller en region.

För all hälso- och sjukvårdsverksamhet gäller också att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.⁶² Detta inkluderar sådan utrustning som krävs för att ge vård till drabbade av CBRN-händelser.

Ovanstående innebär sammantaget att regionerna i planeringen och beredskapen behöver identifiera vilka CBRN-händelser som kan inträffa, säkerställa att sjukvårdspersonal har rätt utrustning, är rätt utbildad, tränad och övad i sin uppgift så att god vård kan bedrivas även vid CBRN-händelser.

Samverkansområdet farliga ämnen

Eftersom CBRN-området är komplext och omfattar många aktörer har det blivit ett eget samverkansområde för farliga ämnen enligt 7 § förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap. Samverkansområdet sammanhålls av MSB och omfattar flertalet av de aktörer som beskrivits ovan. Utredningen om civilt försvar föreslår att samverkansområdena ska ersättas av beredskapssektorer. Utredningen har tidigare bedömt att vi ser positivt på detta vad avser sektorn hälsa, vård och

⁶¹ 5 kap. 2 och 3 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.

⁶² 5 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

omsorg (se avsnitt 5.2). I de förslag till beredskapssektorer som presenteras av Utredningen om civilt försvar finns dock ingen sektor för farliga ämnen eller CBRN. Utredningen om civilt försvar bedömer i stället att området farliga ämnen inte lämpar sig för att ingå i en beredskapssektor och därför bör hanteras i särskild ordning. Den samverkan som har etablerats i samverkansområdet Farliga ämnen har, vad den utredningen erfar, fungerat relativt väl. Den utredningen bedömer att MSB fortsatt ska ha i uppgift att stödja och främja arbetet med farliga ämnen (CBRNE).⁶³ Vår utredning är tveksam till om ett så komplext område som CBRN kan hanteras utan att det finns en fastslagen samverkanstruktur.

Aktörsgemensam CBRNE-strategi

På initiativ av berörda myndigheter påbörjades under år 2012 ett projekt för att ta fram en aktörsgemensam strategi för CBRNE-området.⁶⁴ Syftet med strategin är att skapa en gemensam grund och inriktning för det svenska CBRNE-arbetet där alla aktörer har ett gemensamt ansvar för att finna sina roller och börja verka för att de beskrivna målen ska bli verklighet. För att underlätta genomförandet innehåller strategin även vägledningar för hur aktörer tillsammans med andra kan arbeta för att nå målen. Strategin riktar sig till alla svenska aktörer som är verksamma inom eller är berörda av CBRNE (kommuner, länsstyrelser, regioner, centrala myndigheter, Regeringskansliet, frivilligorganisationer, intresseorganisationer och privata aktörer).⁶⁵ Strategin uppdaterades år 2016 och det pågår för närvarande en revidering av strategin som väntas bli färdig under år 2022. Revideringen utgår bl.a. ifrån en uppföljning av arbetet med strategin under perioden 2016–2020.⁶⁶

Inom ramen för strategin för åren 2016–2020 identifierades nio prioriterade områden som det krävs särskilda satsningar för. Ett av dessa prioriterade områden är *katastrofmedicin* och inom katastrofmedicin identifierades 14 målområden. I strategin anges bl.a. att utbild-

⁶³ Struktur för ökad motståndskraft (SOU 2021:25), s. 266.

⁶⁴ Strategin togs fram av en aktörsgemensam arbetsgrupp med representanter från Folkhälsomyndigheten, Försvarmakten, Katastrofmedicinskt centrum i Linköping, kommuner, landsting, länsstyrelser, Livsmedelsverket, Polisen och FOI.

⁶⁵ A.a., s. 5.

⁶⁶ Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2021): *Analys av arbetet med aktörsgemensam CBRNE-strategi 2016–2020* (Publ.nr. MSB 1691).

dad sjukvårdspersonal med tillgång till rätt skyddsutrustning är avgörande för hur framgångsrikt hälso- och sjukvården kommer att kunna omhänderta patienter vid en CBRN-händelse. Det konstateras också att kompetensen inom det katastrofmedicinska området behöver kvalitetssäkras. Skyddsutrustningen är knapphändig, det saknas en förteckning över experter på området och vissa regioner saknar detektionsutrustning vid RN-händelse. I uppföljningen av strategin konstateras förvisso att strategin varit ett viktigt instrument för att kunna påverka beslutsfattare och att det genomförts ett antal aktiviteter som stärkt området men det saknas en tydlig kvantitativ analys av målområden och måloppfyllnad.

Ett annat prioriterat område är *analys av mikroorganismer* och det framhålls att det finns brister inom detta område. Laboratorieresurserna är inte tillräckliga, vanliga avtalslaboratorier saknar metoder för vissa organismer och i tecknade avtal inkluderas ofta inte behovet av snabba analyser vid akuta lägen. Målbilden på 3–5 års sikt avsåg att Sverige ska ha en operativ analysförmåga som krävs för att förebygga och minska konsekvenserna av en allvarlig vattenburen smitta i termer av sjukdom, ekonomiska kostnader och förtroendeförluster. I uppföljningen konstateras att det varit värdefullt att ha en strategi och att avsaknaden av förmåga till vattenanalys grundas i ansvarsfrågan. Någon förmåga verkar inte ha kommit till stånd.

Utredningen kan konstatera att det är värdefullt att det genomförs analyser av vad strategins olika insatser leder till men det hade varit en fördel om det efter 10 år hade funnits en analys som tydligare kopplade till de målområden som tagits fram.

6.5.2 Hälso- och sjukvård vid CBRN-händelser

Icke-antagonistiska CBRN-händelser kan inträffa i både mindre och större skala, t.ex. om en tankbil med kemikalier välter och orsakar ett utsläpp, om en vattentäkt blir smittad med en bakterie eller om det sker ett utsläpp av radioaktiva ämnen vid ett kärnkraftverk. Sådana händelser leder nästan alltid en räddningsinsats, men om det förekommer skadade eller sjuka finns det behov av en parallell sjukvårdsinsats. Vid en olycka är det ofta ganska tidigt känt vad som läckt ut och orsakar skador eller sjukdom och därmed vilken behandling som är aktu-

ell. Vid smitta, t.ex. i en vattentäkt, kan det däremot ta lite längre tid innan smittans art kunnat fastställas genom laboratorieanalyser.

I vapenform kan CBRN-ämnena ingå i konventionella bomber, improviserade sprängladdningar, kärnvapen eller så kallade ”smutsiga bomber”. Försvarsmakten och MSB har i den gemensamma handlingsplanen ”Handlingskraft” angivit beträffande hotbilden vid ett väpnat angrepp att användande av CBRN-stridsmedel inte kan uteslutas. CBRN-stridsmedel kan sättas in dolt eller med hjälp av vapenbärare. Taktiska kärnvapen kan komma att användas, liksom kemiska ämnen som är nerv- eller hudskadande eller prestationsnedsättande. Utsläpp av toxiska industriämnen kan ske genom avsiktlig bekämpning eller sabotage mot industrianläggningar och lager. Handlingsplanen lyfter också fram att strid i urban miljö för med sig en förhöjd risk för farliga utsläpp, både avsiktligt och genom vådabekämpning.⁶⁷

Dessa händelser är ovanliga men om och när de händer kan de få enorma konsekvenser för samhället och kräva stora räddningsinsatser av berörda myndigheter och aktörer samt samverkan mellan dessa parter både nationellt och internationellt. Det finns i dag cirka 500 kärnreaktorer i ett 30-tal länder. Det måste därför finnas en god beredskap mot händelser i kärnkraftverk eller andra kärntekniska anläggningar samt för andra händelser med kemiska och nukleära och radiologiska ämnen både i fredstid och i höjd beredskap och krig.

Antagonistiska händelser med kemiska, biologiska, radiologiska eller nukleära ämnen ställer andra krav på både räddningstjänst och hälso- och sjukvård genom att det initialt kan vara mycket oklart vad som orsakar skadorna. Händelser med s.k. smutsiga bomber, dvs. en explosion med inbladning av radioaktiva ämnen är förrädiska eftersom förekomsten av radioaktiva ämnen vid en till synes konventionell explosion möjligen inte upptäcks förrän strålskador börjar visa sig. Då kan de radioaktiva ämnena redan ha spridit sig över stora områden och många människor kan ha exponerats för strålning som kan leda till skador.⁶⁸ I situationer med antagonistiska handlingar är förmågan till taktiska analyser av vad som orsakar skadorna viktiga för att rätt åtgärder ska kunna vidtas.

⁶⁷ Försvarsmakten och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2021): *Handlingskraft – handlingsplan för att främja och utveckla en sammanhängande planering för totalförsvaret 2021–2025* (dnr FM2021-17683:2, MSB2020-I 6261-3), s. 13.

⁶⁸ Socialstyrelsen, Risk- och sårbarhetsanalys 2018, s. 33.

Särskilda åtgärder vid CBRN-händelser

Vid ett medicinskt omhändertagande av CBRN-skadade patienter behöver triage ske med beaktande av behovet av sanering för att säkerställa en snabb och säker förflyttning av patienter till olika vårdnivåer. Även avlidna måste tas om hand på motsvarande sätt för att inte utgöra en fara för andra (se även 6.7). Målsättningen för de strålningsspecifika triagesystem som tagits fram internationellt är att kategorisera och organisera distributionen av behövlig materiel och personal på ett sådant sätt att hälso- och sjukvården kan arbeta så nära de drabbade som möjligt utan att riskera andra patienters eller personalens säkerhet eller hälsa.⁶⁹

Vid CBRN-händelser kompliceras hälso- och sjukvårdens arbete genom att det, förutom att ta hand om den skadade, kan uppstå ett akut personsaneringsbehov och behov av skyddsutrustning för personalen. Sådant behov av sanering och tillgång till skyddsutrustning kan uppstå både på skadeplatsen och vid akutsjukhusen. Arbete i skyddsutrustning är fysiskt krävande och det går åt stora personalresurser eftersom personalen behöver avlösas ofta.

Samma principer för planering och ledning gäller i regionerna vid CBRN-händelser som vid andra situationer med många samtidigt skadade eller sjuka. Det innebär bl.a. att krisledningsnämnden kan aktiveras om så behövs och att det på tjänstemannanivå etableras särskild sjukvårdsledning prehospitalt, lokalt och regionalt. Med hjälp av särskilda fördelningsnycklar för CBRN-händelser fördelas patienter med kombinationsskador, till exempel traumaskada och exponering för kemikalier som kräver fullständig personsanering, till de sjukhus som har tillgång till saneringsenhet.⁷⁰ Vid behov av expertstöd i frågor om t.ex. personsanering och behandlingsstrategier kan regionerna kontakta Socialstyrelsen som har medicinska expertgrupper inom C och RN-området (se vidare avsnitt 7.2.3). Det finns även experter på Strålsäkerhetsmyndigheten och MSB som kan stödja sjukvården vid behov. Vid skador orsakade av kemikalier kan sjukvården också få stöd från Giftinformationscentralen.

⁶⁹ Socialstyrelsen (2018): *En stärkt katastrofmedicinsk beredskap*, delrapportering, s. 26.

⁷⁰ Socialstyrelsen (2015): *Traumavård vid allvarlig händelse*, s. 32.

Lärdomar från tidigare händelser

För hälso- och sjukvårdens beredskap inför RN-händelser finns det flera lärdomar att hämta från händelserna som inträffade i Japan år 2011. Där inträffade en jordbävning i havet utanför Japans kust som gav upphov till en kraftfull tsunami, vilken i sin tur när den drabbade den japanska kusten orsakade stor förödelse och bidrog till att kärnkraftverket i Fukushima havererade. Det japanska samhället ställdes därmed inför en ”trippelkatastrof”, dvs. jordbävning, tsunami och kärnkraftshaveri i nära följd. Cirka 15 870 personer dog av tsunamin och 2 814 saknades fortfarande 1,5 år efter händelsen. 400 000 personer blev hemlösa. El, vatten och värmeförsörjning upphörde helt. Infrastruktur och vägar spolades bort och ersattes av lervälling och bråte.

15 sjukhus blev svårt skadade och 40 av cirka 120 kliniker i kustområdet blev bortspolade av tsunamin. Av de sex sjukhus runt Fukushima som var specialiserade på strålningsmedicin blev fyra obrukbara. Räddningsinsatserna efter jordbävningen och tsunamin fick till stor del ske med hjälp av helikopter eftersom vägarna var ofarbara. Händelserna i Japan har utvärderats i en Kamedo-rapport från Socialstyrelsen.⁷¹ Nedan redogörs för vissa iakttagelser som görs i den rapporten som utredningen bedömer kan ha betydelse för den svenska beredskapen.

På regional nivå saknades en plan för att hantera en kärnkraftsolycka som orsakats av en naturkatastrof. Sammanbrottet i kommunikationer gjorde också att den regionala och centrala nivån inte kände till varandras åtgärder. Bristande kommunikationer gjorde det dessutom svårt att förmedla beslut om skyddsåtgärder till de berörda kommunerna och till allmänheten.

Efter tidigare jordbävningar i Japan hade det skapats särskilda katastrofmedicinska team som var utbildade och övade i prehospitalt omhändertagande av skadade i bl.a. rasmassor. Teamen fick denna gång i stället möta andra utmaningar med behov av primärvård på uppsamlingsplatser och i de läger som skapades i skolor och gymnastiksalarna dit hemlösa och drabbade fördes. Mycket av arbetet handlade om att säkerställa att det fanns mediciner mot kroniska sjukdomar och att övervaka hygien och spridningen av smittsamma sjukdomar i lägren eftersom vissa hade dålig standard och var trånga.

⁷¹ Socialstyrelsen (2013), *Katastroferna i Japan 2011*, Kamedo-rapport 98.

Okunskap hos vårdpersonal om kontaminering vid strålning medförde att ambulanstransporter vägrades tillträde till akutmottagningar, vilket ledde till kraftigt förlängda resvägar och försenad medicinsk vård. I flera fall övergav sjukvårdspersonal vårdinrättningar med kvarliggande, ofta äldre patienter, p.g.a. rädsla för att själva exponeras för strålning via kontaminerade patienter.

Evakuering av sjukhus och sjukhem var en stor utmaning. I ett första skede genomfördes vissa evakueringar efter jordbävningen under lugna former som gick bra. Men inför hotet om kärnkraftshaveri akut-evakuerades flera sjukhem. Ingen medicinsk personal följde med. Vissa patienter fördes till uppsamlingslokaler som saknade både värme och medicinsk utrustning och fick stanna där i 24 timmar. Av drygt 800 patienter som evakuerades akut dog sammanlagt 50 personer under evakueringen eller strax därefter. Utvärderingen konstaterar att flera av dessa dödsfall hade kunnat undvikas om det funnits färdiga planer för utrymningar.

Lärdomar från händelserna i Japan som anges i Kamedo-rapporten är bl.a. att det krävs en förmåga att hantera flera samtidiga händelser. I rapporten konstateras att det i Sverige är mindre vanligt med katastrofplanering för flera allvarliga händelser som inträffar samtidigt eller efter varandra. Även om händelseförloppet med just samtidig jordbävning, tsunami och kärnkraftshaveri knappast är sannolikt för svensk del, är tänkbart att andra omständigheter tillsammans kan leda till något liknande händelser även här. Olika katastrofer skapar olika akuta sjukdomsbehov, men kroniska sjukdomstillstånd hos befolkningen behöver fortsatt kunna tas om hand i en kanske delvis utslagen infrastruktur. Det innebär att de största behoven efter en katastrof inte nödvändigtvis är traumakompetens. Förstärkningsresurser behöver ha bred kompetens för att vara användbara vid olika typer av händelser. Personal och utrustning måste också kunna verka på annan plats om sjukhuset blir obrukbart. Det är viktigt med förberedda planer för evakuering av sjukhus och sjukhem eftersom det är komplicerat. Det gäller i synnerhet evakueringar som omfattar utsatta grupper, t.ex. svårt sjuka patienter, barn, äldre och speciellt vårdkrävande individer. Vikten av utbildning och övning för RN-händelser lyfts också fram i rapporten. En särskild aspekt kring övning av sjukvårdspersonal gäller personalens rädsla för att själva skadas i anslutning till hantering av misstänkt eller konstaterat kontaminerade patienter vid radionukleära händelser. I Japan noterades exempel på stark rädsla för strål-

ning hos personal som medförde risk för allvarligt försenad eller utebliven medicinsk handläggning av akut vårdkrävande patienter.⁷²

Regionernas och kommunernas beredskap behöver utgå från risk- och sårbarhetsanalyser och planering för totalförsvaret

Beredskapen att hantera CBRN-händelser, oavsett om de är antagonistiska eller ej, bör enligt utredningen ta sin utgångspunkt dels i den risk- och sårbarhetsanalys som regionerna ska göra enligt LEH, dels i den planering som ska genomföras för totalförsvaret.

Regioner behöver därför inom ramen för RSA-arbetet identifiera om det finns verksamheter i länet, t.ex. industrier där kemiska olyckor kan inträffa eller radioaktiva ämnen hanteras. Regionerna behöver också identifiera flygplatser, gruvor, hamnar, järnvägar, tunnlar och vägar där transporter av farligt gods sker, där mer omfattande olyckor kan inträffa och där regionen kan behöva genomföra en sjukvårdsinsats. För de regioner som ligger i kärnkraftslänen bör det finnas en särskild beredskap.

Det behöver också finnas en allmän beredskap i alla regioner för att hantera andra CBRN-händelser, t.ex. terrorattentat och andra antagonistiska händelser, som kan ske var som helst i landet. Under några år under mitten av 2010-talet var larm om brevfrönsändelser med Antrax vanligt förekommande. Regionerna tog då tillsammans med Polismyndigheten och Folkhälsomyndigheten fram riktlinjer för polis och drabbade som hanterat dessa brev.

Den beredskap som regionerna ska ha enligt hälso- och sjukvårdslagen ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter utgå från extraordinära händelser som identifierats i risk- och sårbarhetsanalysen. När en CBRN-risk har identifierats behöver regionen, gärna tillsammans med räddningstjänsten, ta fram planer och rutiner för hur arbetet ska bedrivas, säkerställa tillgång till personlig skyddsutrustning och annan nödvändig utrustning samt tillräckliga saneringsmöjligheter för både patienter och personal. Det saknas i dag nationella vägledningar kring vilken utrustning och hur mycket som är rimligt för att hantera dessa olika typer av händelser.

⁷² Socialstyrelsen (2013), *Katastroferna i Japan 2011*, Kamedo-rapport 98, s. 73–81.

Även kommunerna bör i sin RSA bedöma risker och vidta åtgärder för en eventuell CBRN-händelse i kommunen som kan påverka kommunal hälso- och sjukvård och omsorg.

Även om kommunerna och regionerna kan identifiera ett antal potentiella CBRN-hot eller risker genom RSA-arbetet är det inte deras ansvar att identifiera de hot och risker som kan uppstå i samband med ett krig. Sådana hot och risker måste i stället komma av totalförvarsplaneringen. Det är staten som ansvarar för att göra bedömningar av vilka hot och risker som kan vara aktuella att ta höjd för. Eftersom hälso- och sjukvården inom totalförsvaret ska ses som en integrerad del innebär detta att den civila sjukvården också måste vara beredd på att ta hand om CBRN-skadade soldater. Det finns därför ett stort behov av samverkan med bl.a. Försvarmakten, Totalförsvarets Skyddscentrum och Totalförsvarets forskningsinstitut vad gäller både planering, utbildning och övning.

Vissa regioner har en beredskap

Socialstyrelsen gjorde år 2015 en kartläggning som visade att i stort sett samtliga regioner har tillgång till en fungerande regional samordningsfunktion för hantering av CBRN-händelser där polis, räddningstjänst och sjukvården samt länsstyrelserna ingår. Endast en tredjedel av regionerna uppgav dock att Försvarmakten ingår i samordningen av CBRN-frågor.⁷³

Vissa regioner där det finns industrier med särskilt riskfylld verksamhet har en särskild beredskap för olyckor. Ett exempel är Region Skåne som dygnet runt har en ”kem-ambulans” i beredskap med särskilt utbildad personal och relevant utrustning för att hantera händelser med kemiska ämnen. Detta är ett tydligt exempel på där en identifierad risk också lett till en konkret åtgärd för att minska de potentiella konsekvenserna av hotet. Personalen i ”kem-ambulansen” kan vid behov även stödja annan prehospital personal med kunskap.

⁷³ Socialstyrelsen (2015): *Traumavård vid allvarlig händelse*, s. 32.

Utrustning i regionerna

Alla regioner behöver inom ramen för sin beredskap ha tillgång till en viss mängd egna resurser för att hantera skadade i samband med händelser med kemiska, biologiska, radiologiska och nukleära ämnen och agens. Eftersom tiden är en kritisk faktor vid omhändertagande av svårt skadade och sjuka personer måste sådana resurser snabbt vara på plats. Resurserna behöver därför finnas strategiskt placerade i regionen och personalen behöver i förväg vara utbildad och utrustad för att kunna arbeta vid sådana händelser.

Vid omfattande CBRN-händelser kan det, precis som för andra större olyckor, även behövas stöd från angränsande regioner. Om regionerna samordnar sina inköp av skyddsutrustning kan personal som är utbildad och övad i att hantera CBRN-händelser i en region lättare bistå vid sådana händelser i andra regioner. För att öka förutsättningarna för att verka tillsammans genom att till exempel ha kompatibel eller likadan utrustning har regionerna möjlighet att göra samordnade upphandlingar, exempelvis genom region- och kommunsektorns egen inköpscentral, Adda.

I ett fåtal regioner finns i dag någon form av mobil saneringsenhet som kan transporteras till ett skadeområde. Under 1990-talet lånade Socialstyrelsen ut mobila saneringsenheter och gjorde nationella inköp av personlig skyddsutrustning till dåvarande landstingen. Socialstyrelsen hade även ett kompletterande nationellt lager av personlig skyddsutrustning. Samtliga regioner hade därmed samma slags utrustning vilket möjliggjorde att de med enkelhet kunde låna utrustning av varandra och att i det fall personal stöttade från en annan region så var utrustningen sedan tidigare känd och personalen utbildad. Precis som det övriga nationella stödet för sjukvårdsgrupper och skadeplatsutrustning så avvecklades allt detta i mitten av 2000-talet. I dagsläget gör regionerna egna inköp av allt materiel som ska används vid CBRN-händelser. Det finns även ett nationellt avtal för personlig skyddsutrustning genom Adda.

Även inom detta område saknas en sammanställning av vilka resurser som finns i regionerna.

Finansiering

Finansieringen av beredskapen för att hantera CBRN-hot följer samma principer som hälso- och sjukvårdens beredskap i övrigt. Det innebär att det i grunden är regionernas ansvar att finansiera den förmåga som krävs för att hantera extraordinära händelser medan det är statens ansvar att finansiera åtgärder för höjd beredskap och krig.

Finansieringsbestämmelsen i LEH är som tidigare beskrivits problematisk då den uttrycker att staten ska finansiera beredskapen för extraordinära händelser i den mån verksamheten är till nytta för hanteringen av sådana mycket omfattande och svåra extraordinära händelser som allvarligt kan påverka kommunens respektive regionens verksamhet.

Det kan antas att vissa frestida CBRN-händelser är av den art att de kan komma i fråga för statlig finansiering. Det handlar enligt utredningen t.ex. om förmåga att kunna hantera skador som uppkommer som en effekt av kärnteknisk olycka eller vid ett avsiktligt utsläpp av nervgas i terroryfte. Kärnenergiberedskapen finansieras genom avgifter från kärnkraftsindustrin vilket utredningen tidigare beskrivit.⁷⁴ Inget av dessa medel tillfaller dock regionerna.

6.5.3 Hälso- och sjukvårdens förmåga och kunskap om CBRN-händelser behöver öka

I flera sammanhang konstateras att risken för händelser med farliga ämnen har ökat under senare år, vilket också medför att samhällets beredskap för att hantera sådana händelser måste öka. Regeringen konstaterar i totalförsvarspropositionen att respekten för internationella normer och avtal under senare år har försvagats och bl.a. manifesterats på massförstörelsevapnens område.⁷⁵ Bl.a. har respekten för förbud av användande av kemiska vapen försvagats. Kemiska vapen har vid upprepade tillfällen använts, i strid med kemvapenkonventionen. Användningen av kemiska stridsmedel som nervgas och senapsgas liksom industrikemikalier som klorgas har verifierats i de pågående konflikterna i Irak och Syrien. Regeringen konstaterar vidare att mordförsöket på en tidigare rysk underrättelseofficer i Salisbury i Storbritannien i mars 2018, som genomfördes med ett nervgift av en

⁷⁴ En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19), s. 974–975.

⁷⁵ Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30), s. 64.

typ som utvecklats i Sovjetunionen och orsakade ett dödsfall bland allmänheten, är ett annat exempel på användning av kemiska vapen. Ytterligare ett är förgiftningen av den ryske oppositionspolitikern Aleksej Navalnyj i augusti 2020 som genomfördes med samma typ av nervgift, vilket konstaterats av flera av varandra oberoende institutioner, däribland den svenska myndigheten Totalförsvarets forskningsinstitut.⁷⁶

Även om biologiska vapen, till skillnad från kemiska vapen, inte använts sedan andra världskriget konstaterar regeringen att biologiska ämnen använts vid enstaka tillfällen av icke-statliga aktörer.⁷⁷ Även på kärnvapenområdet sker en oroande utveckling.⁷⁸

I den nationella risk- och förmågebedömningen för år 2019 konstaterade MSB att den förändrade hotbilden inom CBRNE-området kräver en utvecklad förmåga eftersom det finns ett gap mellan risk och förmåga.⁷⁹ Regeringen uppmanades därför att ytterligare prioritera det förebyggande och förmågeutvecklande arbetet inom CBRNE, till exempel genom att främja myndigheternas deltagande i arbetet med EU:s åtgärdsplan och den aktörsgemensamma CBRNE-strategin.

MSB lyfter i sin skrift *Kraftsamling*, som baseras på den nationella risk- och förmågebedömningen från år 2021, fram att främmande makt potentiella användning av massförstörelsevapen är ett särskilt allvarligt hot. MSB konstaterar att samhället även behöver kunna förebygga, upptäcka och motverka andra antagonistiska hot, exempelvis omfattande cyberangrepp eller terrorattentat. Det sammantagna terrorhotet mot Sverige utgör fortsatt ett förhöjt hot.⁸⁰ Terrorhot kan även omfatta CBRN-hot.

Socialstyrelsen har i sin risk- och sårbarhetsanalys för år 2020 lyft fram att händelser med CBRNE-ämnen sällan inträffar i samhället, vilket ger särskilda utmaningar i att upprätthålla kompetensnivån och förmågan att hantera sådana händelser aktuell.⁸¹ CBRN-frågor kräver specifik kompetens som kräver särskilda utbildningar. Ett särskilt behov är utbildning och träning för omhändertagande av kombina-

⁷⁶ Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30), s. 65.

⁷⁷ A.a.

⁷⁸ A.a., s. 64–65.

⁷⁹ Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB), *Nationell risk- och förmågebedömning 2019*, MSB1392 – maj 2019.

⁸⁰ Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2021): *Kraftsamling – för en stärkt civil beredskap. Baserad på MSB:s nationella risk- och förmågebedömning 2021*, s. 8.

⁸¹ Socialstyrelsen (2020): *Risk- och sårbarhetsanalys 2020*, s. 35.

tionsskador, till exempel traumaskador och samtidig exponering av farliga ämnen.⁸²

Som beskrivs närmare i avsnitt 9.2 har Socialstyrelsen ett pågående uppdrag från regeringen att ta fram nationella utbildnings- och övningsplaner för bl.a. CBRN-händelser inom ramen för katastrofmedicinsk beredskap och hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar. Uppdraget ska redovisas senast den 1 oktober 2022.⁸³ Dessa nationella utbildnings- och övningsplaner blir viktiga för att höja kunskapsnivån och ta fram enhetliga arbetsmetoder i landet. Det finns redan i dag visst utbildningsmaterial för hälso- och sjukvårdens hantering av CBRN-händelser som enskilda regioner har tagit fram. De finns dock inte samlade och lätt tillgängliga för regionerna.

Utredningen bedömer att regionernas samlade förmåga att hantera skador och sjukdom i samband med CBRN-händelser behöver öka. Vissa regioner, t.ex. de i kärnkraftslänen, har en mer omfattande beredskap, medan vissa andra regioner har en eftersatt förmåga. Varje region behöver utifrån sin risk- och sårbarhetsanalys bedöma vilken förmåga som behövs i regionen för att kunna hantera sådana händelser. Några regioner har under senare år satsat på utbildning och ökad förmåga att hantera CBRN-händelser, medan andra har en beredskap på pappret men inte utrustning i den omfattning som krävs för att i praktiken hantera den typ av händelser som identifierats i risk- och sårbarhetsanalyserna.

Socialstyrelsen bör tillsammans med MSB, Folkhälsomyndigheten och Försvarsmakten, ta fram rekommendationer om vilken grundläggande förmåga och utrustning som bör finnas i alla regioner och vid behov eventuella standarder för sådan utrustning. En särskild rekommendation bör tas fram för regionerna i kärnkraftslänen. Som anges i avsnitt 9.2 bör det också finnas nationella utbildningar i CBRN för hälso- och sjukvårdspersonal som skapar strukturer för enhetliga arbetsmetoder över landet vid sådana händelser. Det finns stora effektivitetsvinster med att den personal som är särskilt utbildad för CBRN-händelser kan stödja andra regioner vid allvarliga händelser. För en väl fungerande samverkan mellan blåljusaktörerna vid CBRN-händelser kan det därutöver behövas aktörsgemensamma CBRN-utbildningar för räddningstjänst, hälso- och sjukvård och polis.

⁸² Socialstyrelsen (2015): *Traumavård vid allvarlig händelse*, s. 32.

⁸³ Uppdrag att ta fram nationella utbildnings- och övningsplaner för katastrofmedicinsk beredskap och civilt försvar samt nationell samordning av utbildning och övning, regeringsbeslut 2021-03-24, dnr S2021/02922 (delvis).

6.6 Blodverksamhet

Till blodverksamhet räknas all verksamhet som samlar in blod, framställer blodkomponenter samt kontrollerar, förvarar och distribuerar blod och blodkomponenter som används för transfusion eller som används som råvara till läkemedel eller medicintekniska produkter.^{84,85}

Sverige är i dag självförsörjande på blodkomponenter i vardagen men fördelningen av olika typer av blod eller blodkomponenter över tid och mellan platser är ibland ojämn. I utredningens delbetänkande *Hälso- och sjukvård i det civila försvaret* beskrivs flera av blodverksamheternas svårigheter för att möta de behov som uppstår vid en masskadehändelse inklusive krig.⁸⁶ I detta avsnitt beskrivs ytterligare områden samt förslag till åtgärder för att öka förmågan inom blodverksamheten.

Blodverksamhet är noga reglerad och styrs i grunden av Europaparlamentets och rådets direktiv 2002/98/EG av den 27 januari 2003 om fastställande av kvalitets- och säkerhetsnormer för insamling, kontroll, framställning, förvaring och distribution av humanblod och blodkomponenter och om ändring av direktiv 2001/83/EG. Detta har implementerats i svensk rätt genom lagen (2006:496) om blodsäkerhet, förordningen (2006:497) om blodsäkerhet, Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:28) om blodverksamhet och Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:29) om transfusion av blodkomponenter. Därutöver är lagen (2002:297) om biobanker i hälso- och sjukvården m.m. i vissa delar tillämplig.

Det är Inspektionen för vård och omsorg som ger tillstånd att bedriva blodverksamhet och utövar tillsyn över verksamheterna i den del den avser transfusion.⁸⁷ Myndigheten ska genomföra tillsyn regelbundet, minst vartannat år.⁸⁸ Även Swedac, Sveriges nationella ackrediteringsorgan, kontrollerar regelbundet blodcentralernas kompetens enligt internationella normer.

⁸⁴ 2 § lagen (2006:496) om blodsäkerhet.

⁸⁵ 5 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:28) om blodverksamhet.

⁸⁶ *Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning*, (SOU 2020:23), s. 178.

⁸⁷ 2 § förordningen (2006:497) om blodsäkerhet.

⁸⁸ 12 § lagen (2006:496) om blodsäkerhet.

6.6.1 Blod är livsviktigt

Blodet är ett organ som bl.a. har till uppgift att transportera syre, hormoner, näringsämnen, avfallsprodukter och salter i kroppen. Blodet är också viktig för kroppens temperaturreglering. En vuxen person har mellan fyra och sex liter blod.

Blodets funktioner är livsviktiga och för att dessa ska kunna upprätthållas får vi inte tappa för mycket blod. Blodbrist kan uppstå som en följd av flera allvarliga sjukdomar och vid olika former av trauma uppstår ofta skador som innebär att vi förlorar mycket blod. Det innebär att det behöver vidtas olika åtgärder för att för det första stoppa blodförlusten och för det andra ersätta det blod som förlorats. Det är i det senare som blodverksamheten har sin uppgift.

Blod (helblod) består av

- Röda blodkroppar (*erythrocyter*) som innehåller hemoglobin och transporterar syre från lungorna.
- Vita blodkroppar (*leukocyter*) som deltar i kroppens försvar mot infektioner och i bildandet av antikroppar.
- Blodplättar (*trombocyter*) som medverkar till att blodet koagulerar (stelnar) vid t.ex. en sårskada.
- *Plasma*, som består av salter, vatten och äggviteämnen, och är det som blir kvar om blodkropparna avlägsnas. Plasma bidrar framför allt till att upprätthålla blodvolymen.

Vid organtransplantation är det viktigt att organen är förenliga mellan givare och mottagare. Blodtransfusion är inget undantag. Olika personer har olika typer av blod och alla personer kan inte ta emot allt blod. Vilken blodgrupp en människa har avgörs genetiskt. De vanligaste systemen för att dela in blodgrupper är ABO och Rh.

Blod ges genom transfusion. Vid en blodtransfusion ges en eller flera av de olika blodkomponenterna beroende på vilken sjukdom eller skada som ska behandlas. Vid stora blodförluster eller brännskador ges t.ex. röda blodkroppar tillsammans med plasma medan man vid leukemi ofta ger röda blodkroppar och blodplättar. Helblod används för närvarande sällan i Sverige, men finns bl.a. i ambulanshelikopter-verksamheten i några få regioner.

Vid en planerad blodtransfusion testas givarens och mottagarens blod noga så att de är förenliga. I en nödsituation kan dock alla ta emot

blod av typen 0 (noll) Rh-. På operationsavdelningar och akutmottagningar brukar därför s.k. *nollnegativt* blod finnas tillgängligt som en säkerhetsåtgärd för situationer då blod behövs snabbt och när det inte finns tid att testa givarens och mottagarens blod. Blod kan än så länge inte tillverkas på konstgjord väg.

6.6.2 Blodgivning och hållbarhet

Bedömning: Socialstyrelsen bör stimulera forskning för att öka kunskapsläget kring hur användandet av blod och blodkomponenter kan optimeras. Detta kan t.ex. genomföras genom utlysning inom ramen för den forskning inom katastrofmedicin som myndigheten finansierar. Myndigheten bör i dialog med Forsvarsmakten söka lösningar på hur tillgången till blod kan säkerställas inom ramen för totalförsvaret.

Förslag: Forsvarsmakten och Socialstyrelsen ska tillsammans med regionerna ta fram förslag till hur frystorkad plasma kan lagras, användas och omsättas i vardagen. Aktörerna ska också lämna förslag på hur och av vem produktion av frystorkad plasma skulle kunna genomföras i Sverige för att möta de behov som föreslås.

Endast godkända blodgivare kan donera blod. Detta sker vid regionernas blodcentraler och mobila tappningsenheter. Det finns ett 90-tal blodcentraler i landet, många av dem på sjukhus men vissa av tillgänglighetsskäl i stadskärnan. Det finns därutöver ett 20-tal mobila tappningsenheter i form av blodbussar, minibussar eller trailers i ett femtontal regioner.

Närmare fyra procent av befolkningen i Sverige är registrerade blodgivare, dvs. runt 400 000 personer.⁸⁹ Kriterierna för att bli blodgivare är att man ska vara frisk, väga över 50 kilo och vara mellan 18 och 60 år gammal. Ålderskriteriet för att bli blodgivare är snävare än t.ex. vad som krävs för att vara totalförsvarspliktig (16–70 år) och utgår ifrån att blodgivningen inte ska påverka hälsan negativt. Det kan även finnas tillfällen under livet när en sedan tidigare godkänd

⁸⁹ *Läkartidningen* 2019, Tema transfusionsstrategier; <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/temaartikel/2021/03/blodkomponenter-och-helblod-sa-framstalls-och-anvands-de>.

blodgivare inte uppfyller kraven för blodgivning. Det kan t.ex. vara vid graviditet, efter besök i vissa länder eller områden och om man utsatts för blodburen smitta.

Vid blodgivning tappas 4,5 dl blod, dvs. knappt 10 procent av blodvolymen. Blodet tappas i en påse med tre till fyra olika kammare i ett slutet system. Det tappade helblodet fyller en av kamrarna, de övriga används senare i processen när blodkomponenterna delas upp. Påsen innehåller antikoaguleringsmedel, som säkerställer att blodet inte lever sig (stelnar). Varje blodpåse märks med en etikett och kodsysteem för att bl.a. blodgrupp ska framgå och för säkerställa spårbarhet. Systemet garanterar både givarens och mottagarens anonymitet. Märkningen följer blodet från tappning till färdig komponent. Informationen lagras elektroniskt i blodcentralens databas och säkerställer att ingen förväxling kan ske.

Efter tappning skickas blodpåsen till laboratoriet där den centrifugeras och blodet delas upp i röda blodkroppar, plasma, trombocyter samt vita blodkroppar. Vita blodkroppar filtreras bort eftersom dessa kan skapa negativa reaktioner och skada hos patienten. De övriga komponenterna överförs till de tre kvarstående kamrarna i påsen som användes vid tappningen.

Vissa blodcentraler genomför även s.k. patogeninaktivering, vilket innebär att bakterier och virus oskadliggörs. Att patogeninaktivering inte genomförs regelmässigt på alla blodcentraler beror sannolikt på att vi i Sverige historiskt haft få problem med denna typ av blodsmitta. Detta är dock en fråga som debatteras tillsammans med metodens säkerhetsaspekter. Det ankommer inte på denna utredning att ta ställning för eller emot behov eller användning av metoden men utredningen kan konstatera att smitta skulle kunna spridas via blod om smittan inte upptäcks eller inaktivering genomförs.

När blodet delats upp i sina beståndsdelar och analyser visat att blodet är fritt från smitta kan det användas direkt eller lagras. Lagerhållningen måste ske under kontrollerade former. Röda blodkroppar kan lagras i högst 42 dygn och plasma i högst 14 dygn vid en temperatur på 2 till 6 grader. Plasma kan även frysas och förvaras i tre år vid minst minus 30 grader eller frystorkas med en hållbarhet två år. Frystorkad plasma kräver dock särskilda produktionsanläggningar vilket i dag saknas i Sverige. Trombocyter måste användas inom fem till sju dygn och kan förvaras i rumstemperatur i rörelse på en slags vagg.

Det förekommer också i undantagsfall att man vid blodgivning inte separerar blodkomponenterna utan avser att använda s.k. helblod. Detta har varit vanligt i krig. Sådan tappning kräver en annan sorts påsar och reagens. Blodet delas då inte upp i olika beståndsdelar utan filtreras endast för att reducera de vita blodkropparna. Det helblod som används i Sverige tas fram från givare med RhD-negativ blodgrupp 0, dvs. sådant blod som kan ges till alla mottagare. I länder eller miljöer där möjligheten att använda modern teknik saknas kan även blodet få sedimentera vilket innebär att de tyngre blodkomponenterna faller till botten, och det övre skiktet, som består av plasma kan tappas av.

Frusen eller frystorkad plasma

Som framgått ovan kan utvunnen plasma frysas och lagras vid befintliga blodcentraler eller frystorkas. Frusen plasma har nackdelen att det hela tiden måste finnas en viss mängd tinad om den ska kunna ges akut. Eftersom hållbarheten på tinad plasma är begränsad leder detta ofta till hög kassation då vi ofta är förskonade från allvarliga olyckor eller situationer då plasma behöver ges men ändå håller en viss mängd i beredskap. Frystorkad plasma har vissa fördelar över frusen plasma. Frystorkad plasma kan förvaras i rumstemperatur och kan därmed användas på ett helt annat sätt, även i ambulanser prehospitalt. Den stora nackdelen är att frystorkad plasma kräver särskilda anläggningar för produktion och att det i dag är global brist på sådana anläggningar.

Tillgången på frystorkad plasma är mycket begränsad och produkter produceras för närvarande endast i två länder i Europa. För att möta behovet av frystorkad plasma pågår ett samnordiskt projekt som ser över möjligheten att investera i mindre anläggningar för mer lokal/regional produktion. Projektet är ur ett svenskt perspektiv fortfarande i ett förstadium och under pandemin har projektet pausats. Projektet finansieras än så länge i huvudsak via medel från Försvarsmakten.

Det kan konstateras att tillgång till plasma är en viktig del av den akuta vården både prehospitalt och på sjukhus. Därmed är plasma också en viktig del av blodförsörjningen. Användandet av fryst plasma leder till viss kassation och det kan vara svårt att snabbt få fram

större mängder av den frysta plasman som inte tinats i förväg. Säkerställd tillgång till plasma torde vara särskilt angelägen vid bl.a. stora masskadehändelser i fred, vid Försvarmaktens insatser utomlands och vid krig. Försvarmakten har i dag svårt att köpa frystorkad plasma för utlandsstyrkan på grund av den globala bristen.

Det är utredningens bedömning att produktion och lagerhållning av frystorkad plasma i Sverige bättre skulle säkerställa svenska behov och möjliggöra en utökad användning prehospitalt. Med rådande marknadsläge skulle sannolikt även en överproduktion eller överlagring av frystorkad plasma av hög kvalitet för stora skadeutfall och krig kunna omsättas genom att det finns en stor efterfrågan internationellt. Utredningen anser därför att Försvarmakten och Socialstyrelsen tillsammans med regionerna bör ta fram förslag till hur frystorkad plasma kan lagras, användas och omsättas i vardagen för att förstärka tillgången till plasma vid masskadehändelser i samband med fredstida kriser och krig. Aktörerna ska också lämna förslag på hur och av vem produktion av frystorkad plasma skulle kunna genomföras i Sverige för att möta de behov som föreslås.

Möjligheterna att använda helblod bör utredas

Att använda helblod, dvs. att ge tappat blod direkt till en annan patient utan nämnvärd bearbetning, är inte särskilt vanligt i dag. I samband med diskussioner om händelser med mycket omfattande skadeutfall är användningen av helblod dock en metod som ofta nämns, inte minst bland företrädare för försvarsmedicinen.

Det är lätt att förstå tanken att på ett enkelt sätt tappa blod från annars friska människor och direkt ge detta till svårt skadade behövande i händelse av masskadesituationer. Helblod används i Sverige i dag endast vid prehospitäl vård bl.a. i ambulanshelikopterverksamheten i Västra Götalandsregionen och Värmland. De prehospitäl verksamheter som använder helblod har rutiner för hur detta kan komma till användning för andra ändamål i blodverksamheten på närliggande blodcentraler om det inte kommer till användning prehospitalt.

Enligt företrädare för transfusionsmedicinen utredningen varit i kontakt med saknas det omfattande publicerade studier av hög kvalitet avseende modern användning av helblod. Enligt samma företrädare finns dock flera studier som talar för att helblod är säkert, kan ge för-

bättrad koagulation och minska transfusionsmängden samt i viss mån även dödligheten. Användning av helblod för civila behov skulle kunna vara aktuellt vid en masskadehändelse. Formerna för hur och i vilka situationer helblod skulle kunna ges behöver dock utredas vidare. Användningen av helblod behöver ställas i relation till andra tillgängliga metoder och för- och nackdelar med dessa analyseras.

Blod och blodsäkerhet är komplicerade frågor. Det är inte givet att den expertis som krävs finns vid svenska myndigheter. Socialstyrelsen bör därför stimulera forskning för att öka kunskapsläget kring hur användandet av blod och blodkomponenter kan optimeras. Det kan göras inom ramen för den katastrofmedicinska forskningen som myndigheten finansierar. Inför utlysningen av sådana forskningsmedel bör myndigheten rådgöra med företrädare för försvarsmedicinen inom Försvarsmakten för att även söka få svar på frågor som relaterar till Försvarsmaktens behov.

6.6.3 Organisation för blodverksamhet

Bedömning: Det bör övervägas om ett nytt nätverk för landets blodcentraler ska formuleras. Ett sådant nätverk skulle i så fall kunna utgöras av Sveriges regioner, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg, Försvarsmakten samt Läke-medelsverket.

Blodverksamheterna styrs regionalt och lokalt på motsvarande sätt som övriga verksamheter inom hälso- och sjukvården. Detta medför att rutiner för produktion och användning varierar mellan olika regioner och mellan sjukhus inom en region. Vissa regioner har valt att uppdraga åt en privat aktör att svara för blodverksamheten. Vad utredningen erfar har regionerna i dag blodlager som motsvarar cirka 1–2 veckors normalförbrukning, men förhållandevis ofta uppstår ändå bristsituationer i vardagen. Enligt utredningens bedömning kommer inte blodprodukterna räcka till vid en masskadehändelse eftersom lagren är beräknade utifrån vardagsanvändningen. Effekterna av att dimensionera lager utifrån vardagsbehov har tydligt visats under utbrottet av covid-19 då t.ex. tillgången på personlig skyddsutrustning initialt var mycket bristfällig och påverkade vårdutfallet negativt.

Det finns i Sverige sex s.k. blodregioner där regionblodcentraler är kopplade till universitetssjukhusen. Dessa blodregioner harmoniserar i dag inte fullt ut med den geografiska indelningen för samverkansregionerna.⁹⁰ I flera europeiska länder finns det även en nationell organisation för och styrning av blodverksamheten. I t.ex. Finland ansvarar Finlands Röda Kors för hela blodförsörjningen.⁹¹ Något motsvarande finns inte i Sverige.

Svenska blodalliansen

Svenska Blodalliansen, på engelska Swedish Blood Alliance förkortat SweBA, är en ideell förening som verkar för samarbete mellan blodcentralerna i Sverige. Föreningens syfte är att verka för en säker och kostnadseffektiv blodförsörjning som bygger på frivillig och obetald blodgivning i Sverige. SweBA vill genom sin verksamhet främja vetenskaplig och evidensbaserad utveckling av blodverksamheten i dialog med berörda myndigheter och huvudmän. Föreningens medlemmar utgörs av blodcentralerna vid universitetssjukhusen i Sverige och Svensk förening för klinisk immunologi och transfusionsmedicin. Ett antal myndigheter ingår som s.k. observatörer. Föreningens verksamhet finansieras genom medlemsavgifter. SweBA är även medlem i den europeiska föreningen European Blood Alliance, förkortat EBA, vars övergripande syfte är att bidra till säker blodförsörjning till invånarna i EU:s medlemsstater. SweBA representerar Sverige i EBA.

Behov av en struktur knuten till huvudmännen

Det finns uppenbart ett behov av att nationellt kunna samla företrädare för blodverksamheterna och att samordna sig i olika blodrelaterade frågor. Detta sker i dag inom ramen för SweBA. Som juridisk person kan SweBA bl.a. administrera gemensamma projekt, särskilt it-projekt där det krävs en systemägare.

Utredningen kan konstatera att SweBA med den nuvarande konstruktionen är en intresseförening som så många andra bransch-, professions- eller ämnesföreningar. Därmed saknar också SweBA en formell koppling till hur hälso- och sjukvården styrs och leds. Det

⁹⁰ www.sweba.se/regionerna, besökt 2021-10-04.

⁹¹ www.blodtjanst.fi/, besökt 2021-10-04.

är inte heller alla regioner som är medlemmar i SweBA utan just blodcentralerna vid universitetssjukhusen. Den fördel som SweBA har är att de utöver de regiondrivna blodcentralerna kan inkludera de privata aktörer som driver blodcentraler, f.n. Unilabs. Utredningen kan dock notera att Försvarsmakten i dag inte är en medlem i SweBA. Försvarsmakten ingår inte heller bland de myndigheter som är observatörer. Historiskt beror detta säkert på att de saknat egen blodcentral, inte att blodfrågorna inte varit viktiga i Försvarsmakten. Blod har alltid varit en viktig fråga inom försvarsmedicinen. Möjligen kommer SweBA se över sina stadgar efter att Försvarsmakten nu har tillstånd att bedriva egen blodcentral.

En svårighet med SweBA när det kommer till styrning av sjukvården är att organisationen helt saknar mandat i förhållande till regionerna. Det är inte regionerna som är medlemmar. SweBA består dessutom inte av en representant per region utan per blodregion. Förslag på åtgärder m.m. som kommer fram i de gemensamma diskussionerna måste därför drivas enskilt i respektive region och lyftas i den interna beslutshierarkin. Detta kan upplevas svårt för blodcentralerna eftersom de är en verksamhet precis som alla andra verksamheter i respektive organisation. Det krävs därför ganska mycket för att få gehör hos regionledningen och det är inte heller säkert att de beslut som tas går i samma riktning i alla regioner.

Utredningen kan konstatera att nuvarande organisation innebär att blodverksamheten i Sverige på det sätt som den nu organiseras aldrig kan få samma tydliga nationella inriktning eller styrning som i t.ex. Finland där hela blodverksamheten sköts av finska Röda Korset.

Svenskt laboratorienätverk inom mikrobiologi

Sedan år 2015 har Folkhälsomyndigheten och regionerna ingått en överenskommelse om Svenskt laboratorienätverk inom mikrobiologi, SLIM. Nätverket består av ett centrum vid Folkhälsomyndigheten som tillhandahåller offentlig information om nätverket och ansvarar för viss information samt ett antal kliniska mikrobiologiska laboratorier varav ett antal är så kallade nationella referenslaboratorier.⁹² Upprinnelsen till nätverket var bl.a. att det med 24 olika kliniska

⁹² Folkhälsomyndigheten (2016): *Svenskt laboratorienätverk inom mikrobiologi – rapport till uppdragsgivarna Folkhälsomyndigheten samt Sveriges landsting och regioner.*

mikrobiologiska laboratorier i Sverige fanns ett behov av att kunna koncentrera vissa mer sällan förekommande analyser samt expertis. Sådan koncentration till nationella referenslaboratorier förekommer i ett flertal andra länder. Referenslaboratorierna tillhandahåller de mer specialiserade eller sällan förekommande analyserna till övriga aktörer mot en kostnad.

Laboratorienätverket är organiserat med en styrgrupp med representanter från universitetssjukhusens laboratorier samt två ytterligare representanter samt en representant från Folkhälsomyndigheten. Därutöver finns ett mer operativt nätverk som består av verksamhetscheferna vid de mikrobiologiska laboratorierna.

Skillnaden mellan SweBA och svenskt laboratorienätverk för mikrobiologi är enligt utredningens uppfattning bl.a. att laboratorienätverket har sin grund i ett åtagande från regionerna och Folkhälsomyndigheten (ägarna). Ägarna bidrar dessutom med viss basfinansiering av nätverkets verksamhet. De olika parternas, nationella referenslaboratoriernas och övriga laboratoriers ansvar framgår tydligt av överenskommelsen. Detta gör att det finns en annan kraft i nätverket genom att det har en tydligare officiell status i förhållande till regionerna.

Det är enligt utredningen möjligt att en ordning liknande den som ovan presenterats för laboratorienätverket också skulle kunna fungera för blodverksamheten. Både den mikrobiologiska verksamheten och blodverksamheten består till viss del av privata aktörer. Båda verksamheterna har kopplingar till SWEDAC avseenden ackreditering. Genom ett nätverk med en tydligare koppling till huvudmännen är det förhoppningsvis möjligt att få en starkare ställning internt i verksamheten och därmed få bättre gehör för utvecklingsbehov av betydelse för vårdens kvalitet och för beredskapen. På samma sätt som inom laboratorienätverket finns skäl att involvera ett antal statliga myndigheter. Blodverksamheten berör till skillnad från den kliniska mikrobiologin fler myndigheter, Socialstyrelsen avseende blodfrågor i stort och transfusion, Folkhälsomyndigheten avseende mikrobiologiska analys och smitta, Läkemedelsverket avseende blod som råvara för läkemedelsproduktion och IVO som tillsynsmyndighet och tillståndsgivare.

Utredningens bedömning

Det bör övervägas om ett nytt nätverk för landets blodcentraler ska formeras. Ett sådant nätverk skulle i så fall kunna utgöras av regioner, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg, Försvarsmakten samt Läke­medelsverket.

6.6.4 Blodverksamhet behöver upprätthållas

Bedömning: Efter flera års kartläggning av blodverksamheterna behöver regionerna övergå till att vidta konkreta åtgärder som bygger en ökad förmåga att tillgodose behoven av blod i t.ex. situationer med många skadade eller sjuka samt vid krig.

Kraven på blodverksamhetens förmåga behöver utgå ifrån vad som krävs för att erbjuda vård i vardagen och vid fredstida situationer med många samtidigt skadade samt utifrån de särskilda behov som kommer av planeringen av totalförsvaret. Vad avser kraven för totalförsvarets behov är utredningens uppfattning att dessa i första hand bör framgå av statliga planeringsanvisningar. I väntan på sådana anvisningar bör regeringen utöka överenskommelserna till att även omfatta åtgärder för en ökad förmåga i blodverksamheten.

Blodproduktionen behöver ständigt upprätthållas. Blodverksamheten är beroende av att det finns godkända givare som är villiga att donera blod (råvara), tillgång till medicintekniska produkter (blodpåsar, testmaterial och reagens) och en fungerande infrastruktur med t.ex. elektricitet och informations- och kommunikationsteknologi. En kontinuitetsplanering med reservrutiner är i högsta grad nödvändig för att upprätthålla verksamheten. I standarden för Kliniska laboratorier – Krav på kvalitet och kompetens (SS-EN 15189:2012) som används för ackreditering av bl.a. blodcentraler framgår att det ska finnas en ”plan för nödsituation”. Blodcentralerna arbetar kontinuerligt för att värva nya blodgivare.

Vid t.ex. en masskadesituation eller i krig är det nödvändigt att snabbt kunna öka blodproduktionen, och för detta krävs ett större antal blodgivare än de som finns i dagsläget. Hur snabbt nya blodgivare kan godkännas beror på förmågan att testa dessa.

I totalförsvarspropositionen påpekas att försörjningen av blod behöver stärkas. De regionala blodverksamheterna behöver bli motståndskraftiga och ta fram planer för att kunna öka kapaciteten i verksamheterna för att kunna svara upp mot de krav som kommer av den katastrofmedicinska beredskapen.⁹³

Brist på blod förekommer i vardagen

Innehållet i regionernas blodlager varierar över tid beroende på hur stor förbrukningen är, omsättningen av produkterna som har en begränsad hållbarhet och hur många givare som väljer att ge blod under en viss period. Även situationer som en pandemi kan påverka tillgången på blod genom att givarna kan vara smittade, nyligen ha haft en pågående infektion eller av andra skäl sitter i ”karantän” och därmed inte kan lämna blod som vanligt. Vid bristsituationer kan regionerna, om tillräckliga resurser finns, bistå varandra med blodprodukter. Blodprodukter kan även köpas från andra länder i EU.

Via webbsidan GeBlod.nu kan både blodcentraler och blodgivare få information om tillgång på och behov av blod i olika regioner. Regionerna väljer själva om de vill publicera information om lagertillgången, vilket cirka hälften av regionerna gör.

Trots möjligheten att låna eller köpa blod av varandra förekommer det att det råder akut brist. Nedanstående är ett exempel på information från webbsidan GeBlod.nu i juni 2021:

För att klara den kommande veckan behöver Sahlgrenska Universitetssjukhuset göteborgarnas hjälp. Blodlagren måste fyllas på för att kunna hålla igång akutverksamheten och hålla beredskap uppe för trauma- och katastrofläge. Eftersom behovet av blod är stort på flera blodcentraler runt om i landet kan inte Sahlgrenska Universitetssjukhus få blodkomponenter från andra regioner. Det är blodgivarna i närområdet som behöver agera.⁹⁴

Många blodcentraler har också rutiner och planer för hur blodgivare snabbt kan kallas in t.ex. genom att skicka sms, uppmaning på sociala medier och via information i radio. Ett exempel på detta är när Region Stockholm kallade in blodgivare vid attentatet på Drottninggatan år 2017.

⁹³ Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30), s. 143.

⁹⁴ <https://geblod.nu/>, besökt 2021-10-03.

Blodverksamhet är inte alltid en del av de katastrofmedicinska planerna

Vad utredningen erfar ingår inte alltid blodverksamheten som en del i dagens katastrofmedicinska beredskap. nämns ibland inte heller i de katastrofmedicinska planerna. Företrädare för transfusionsmedicin, katastrofmedicin samt Försvarmakten har betonat behovet av att snabbt kunna ge blod vid händelser med många traumafall. Erfarenheter från terroristattacker (sprängningar) i Israel visar att 16 procent av de skadade behövde blodprodukter och att behovet var störst under de första två timmarna efter ankomst till sjukhus. Vid terrorattackerna i Paris 2015 (sprängningar och skjutningar) uppgick behovet av röda blodkroppar till 4,8 enheter per patient. Majoriteten av de som inte överlevde dessa attentat dog av blödningar före ankomst till sjukhus vilket betonar behovet av att kunna stilla blödningar och använda blodprodukter i ökad grad även prehospitalt.

Uppdrag och överenskommelser som behandlar blodverksamhet

Regeringen har med anledning av totalförvarspropositionen gett Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram underlag och förslag samt utreda vissa grundläggande delar som behövs för att utveckla och stärka regionernas arbete med hälso- och sjukvårdens beredskap och planering inför civilt försvar. I uppdraget ingår bland annat att ta fram en rapport om förutsättningarna för att skapa ett nationellt register över blodgivare och en plan för hur blodverksamheterna ska kunna öka kapaciteten för att kunna svara upp mot de krav som kommer av den katastrofmedicinska beredskapen. Uppdraget ska redovisas senast den 1 mars 2022.⁹⁵ Det återstår att se hur Socialstyrelsen tolkar uppdraget och i vilken grad det som kommer fram är tillämpligt för höjd beredskap givet vad utredningen har sagt om avgränsningen av begreppet katastrofmedicinsk beredskap (se avsnitt 4.1.2).

Överenskommelsen mellan regeringen och SKR om hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar har under de senaste åren bl.a. omfattat blodverksamhet. För år 2022 ska regionerna, i likhet med tidigare år, fortsätta och fördjupa kartläggningen av hur den normala

⁹⁵ Uppdrag att ta fram underlag m.m. samt att samordna, stödja, följa upp och utvärdera regionernas arbete med hälso- och sjukvårdens beredskap och planering inför civilt försvar (S2021/02921 [delvis]).

försörjningen av blod behöver anpassas för att möta behoven under höjd beredskap. Där står även att regionerna ska genomföra prioriterade åtgärder för att stärka försörjningsberedskapen. I samma överenskommelser beskrivs att regionen ska genomföra prioriterade åtgärder för att stärka förmågan att hantera masskadeutfall, där blodverksamheten är en viktig del.⁹⁶ Även om covid-19-pandemin självfallet har försenat regionernas planering för civilt försvar i stort borde blodverksamheten, åtminstone i vissa delar, kunnat fortsätta kartläggningsarbetet samt genomförande av prioriterade åtgärder.

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp och utvärdera överenskommelsen mellan staten och SKR om hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar. Delredovisningar ska ske till Regeringskansliet (Socialdepartementet) årligen, senast den 1 oktober, under perioden 2022–2025. En slutredovisning avseende uppföljningen och utvärderingen av överenskommelsen ska inkomma senast den 1 mars 2026. Slutredovisningen ska innehålla en uppföljning och ge en samlad bild av regionernas insatser avseende hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar samt en samlad analys av insatsernas resultat.⁹⁷ Denna analys bör också omfatta blodverksamheten och ge en bild av hur arbete fortskrider.

Behovet av konkreta åtgärder

Utredningen kan konstatera att uppdraget som Socialstyrelsen har att ta fram en plan för hur blodverksamheterna kan öka sin kapacitet och det som anges i överenskommelsen att regionerna ska göra har tydliga beröringspunkter. Utredningen konstaterar att regionerna under flera år haft i uppdrag att kartlägga hur den normala försörjningen av blod behöver anpassas för att möta behoven under höjd beredskap. När regionernas kartläggning är genomförd och gapet mellan förmåga och behov är tydligt bör nästa viktiga uppgift för regionerna vara att vidta konkreta åtgärder för att öka förmågan i blodverksamheten. Vid en sådan förmågeökning kan de principer som utredningen föreslagit för försörjningsberedskapen vara vägledande, dvs. mer produkter i

⁹⁶ Regeringskansliet, Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Regioner, *Hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar 2022, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, s. 21.

⁹⁷ Uppdrag att ta fram underlag m.m. samt att samordna, stödja, följa upp och utvärdera regionernas arbete med hälso- och sjukvårdens beredskap och planering inför civilt försvar (S2021/02921 [delvis]).

Sverige, ett effektivare resursutnyttjande samt säkerställd distribution.⁹⁸ Sådana åtgärder kan t.ex. bestå av att skapa rutiner för blodförsörjning och blodverksamhet vid situationer med många samtidigt skadade så att produktionen kan skalas upp (jfr förmåga att plötsligt öka kapacitet avsnitt 6.1.1), genomföra planering tillsammans med Försvarsmakten samt att blodverksamheten deltar i beredskapsövningar i regionerna. Den plan som Socialstyrelsen ska presentera i mars 2022 för hur blodverksamheterna ska kunna öka kapaciteten för att kunna svara upp mot de krav som kommer av den katastrofmedicinska beredskapen bör kunna vara ett verktyg i det arbetet. Ett nationellt register över blodgivare är också en viktig del i att stärka beredskapen. Socialstyrelsen ska också analysera förutsättningarna för ett sådant register.

Det finns en omfattande reglering på blodområdet. I den mån det i Socialstyrelsens eller regionernas arbete framkommer konkreta hinder i regelverk som försvårar genomförandet av nödvändiga åtgärder behöver det framföras till regeringen så att regleringen i berörda delar kan ses över.

Utredningens samlade bedömning

Sammanfattningsvis anser utredningen att regionerna bör vidta konkreta åtgärder som bygger en ökad förmåga att tillgodose behoven av blod i t.ex. situationer med många skadade eller sjuka samt vid krig.

Kraven på blodverksamhetens förmåga behöver utgå ifrån vad som krävs för att erbjuda vård i vardagen och vid fredstida situationer med många samtidigt skadade samt utifrån de särskilda behov som kommer av planeringen av totalförsvaret. Vad avser kraven för totalförsvarets behov är utredningens uppfattning att dessa i första hand bör framgå av statliga planeringsanvisningar. I väntan på sådana anvisningar bör regeringen utöka överenskommelserna till att även omfatta åtgärder för en ökad förmåga i blodverksamheten.

⁹⁸ *En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården*, (SOU 2021:19), s. 276 ff.

6.6.5 Försvarsmaktens behov av blod

Bedömning: Det behöver klargöras gentemot regionerna vilka skyldigheter de har, vilka volymer blod de förväntas leverera till Försvarsmakten samt hur denna förmåga ska finansieras. Utan sådana uppgifter kan inte regionerna rimligen genomföra sådan planering som krävs. Sådana uppgifter bör framgå av planeringsanvisningar.

Försvarsmakten fick från och med den 1 maj år 2021 tillstånd att bedriva blodverksamhet vilket innebär möjligheter att tappa blod på Försvarsmaktens sjukvårdsinrättningar i Sverige. Eftersom utlandsstyrkan följer svensk lag så tillämpar Försvarsmakten samma rutiner där som i Sverige. Försvarsmakten är dock fortfarande i stort sett helt beroende av blodförsörjning från den civila sjukvården.

Socialstyrelsen gav på 1990-talet ut allmänna råd avseende blodförsörjning i krig i syfte att ge en övergripande bild av blodförsörjning samt utgöra underlag i stort för planläggningen. Råden innehöll konkreta beskrivningar av förmågor, t.ex. att blodcentralerna skulle kunna utföra minst 40 blodtappningar per tappningsplats och dygn och blodbussarna 120–150 blodtappningar per dygn. Där återfanns även bedömningar av behovet av blod vid vissa krigsförlopp vilket visade på att det krävdes en ökning av blodproduktionen med genomsnitt upp till 10 gånger den fredsmässiga verksamheten. Under kortare tidsperioder bedömdes behovet av blod per tidsenhet kunna öka 15–17 gånger jämfört med behovet i fred.

I de allmänna råden fanns även förslag på hur blodverksamheten kunde öka sin förmåga exempelvis genom att arbetsmetodikerna förenklades, flera mobila blodtappningsenheter skapades och särskilda informations- och rekryteringsåtgärder genomfördes för att öka antalet blodgivare. Socialstyrelsen kunde i krig även besluta om avveckling av ordinarie tester av blodet.⁹⁹

Vad utredningen erfar är samarbetet mellan Försvarsmakten och regionerna avseende blodverksamheten i det närmaste obefintlig. I en nyligen publicerad artikel i Läkartidningen beskrivs att blodförsörjning ingår i totalförsvaret och att Försvarsmakten ska ange sitt behov av blod till regionerna. Vidare anges att regionerna ska ansvara för

⁹⁹ Socialstyrelsen (1991): *Preliminära allmänna råd om blodförsörjning i krig* (dnr B423-8211-91).

att det är möjligt att öka blodtillgången i katastroflägen genom att garantera tillgång till det material som krävs som t.ex. kylar eller frysar, tappningsutrustning, laboratorietest samt beredskapsplaner för ökad tappning.¹⁰⁰ Vad utredningen känner till finns ingen reglering av eller avtal som i dag säkerställer Försvarsmaktens tillgång till blod i enlighet med vad som anges i artikeln i *Läkartidningen*.

Utredningen anser att det behöver klargöras gentemot regionerna vilka skyldigheter de har, vilka volymer blod de förväntas leverera till Försvarsmakten samt hur denna förmåga ska finansieras. Utan sådana uppgifter kan inte regionerna rimligen genomföra sådan planering som krävs. Sådana uppgifter bör rimligen ingå i de planeringsansvisningar regionerna ska följa (se avsnitt 5.1).

6.7 Hantering av avlidna

I händelse av vissa fredstida kriser som t.ex. terrorattentat, spridande av allvarlig smitta, naturkatastrofer eller krig, dvs. vid masskadehändelser, kommer sannolikt många personer att avlida trots alla de ansträngningar som görs för att stärka sjukvårdens beredskap. Detta ställer stora krav på att man också har planerat för omhändertagande av ett stort antal avlidna och den efterföljande kedjan med identifikation och begravning. Händelser med många döda kan inträffa både i och utanför Sverige. Utredningen kommer i det följande fokusera på situationer som inträffar i eller i nära anslutning till Sverige.

Vid ett terrorattentat eller en omfattande tågolycka kan det i värsta fall handla om upp emot ett hundratal avlidna. I händelse av krig och stridshandlingar kan denna siffra vara tiofaldig. Detta kan, precis som vad gäller hälso- och sjukvården i övrigt, i vissa situationer innebära behov av resursbesparande metoder t.ex. i identifieringsprocessen eller vid begravning. Det kan också innebära behov av att förvara ett stort antal avlidna i väntan på begravning.

Enligt 2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) är omhändertagande av avlidna att betrakta som hälso- och sjukvård. Det är därmed en uppgift som ankommer på kommuner och regioner som huvudmän för hälso- och sjukvård. Även Försvarsmakten har ett ansvar för att hantera avlidna i krig inom ramen för sin hälso- och sjukvårds-

¹⁰⁰ Wikman, et al., Blodförsörjning vid katastrofer – en nationell beredskap behövs, *Läkartidningen*, 2021,118:20149.

verksamhet. Som utredningen tidigare konstaterat och som också framgår av totalförsvarspropositionen för åren 2021–2025 så har Försvarsmakten ansvaret för sjukvården på stridsfältet vilket därmed måste anses inkludera hanteringen av avlidna inom detta område.^{101,102} Detaljerade rutiner, inklusive krigsgravtjänst, fanns tidigare i bl.a. *Handbok för kvartermästare*.¹⁰³ Även andra vårdgivare kan naturligtvis ha ett ansvar för att hantera avlidna i den egna verksamheten. Om en patient har avlidit ska den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen fullgöra sina uppgifter med respekt för den avlidne. Närstående ska visas hänsyn och omtanke.¹⁰⁴

6.7.1 Konstaterande av dödsfall

Att människor dör är något som inträffar nästan varje dag. Allt liv är ändligt. Därför finns särskilda bestämmelser som reglerar hur döden fastställs. Av 2 § lagen (1987:269) om kriterier för bestämmande av människans död framgår att det ankommer på läkare att i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet fastställa att döden har inträtt. Närmare bestämmelser som preciserar detta finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:10) om kriterier för bestämmande av människans död. Bestämmelser om vad gäller försvunna personer finns i lagen (2005:130) om dödförklaring. Bestämmelser finns också i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2015:15) om vissa åtgärder i hälso- och sjukvården vid dödsfall.

När en människa avlider ankommer det därför på hälso- och sjukvården att konstatera dödsfallet. För detta finns rutiner i regionerna t.ex. vid dödsfall i hemmet eller på en vårdinrättning. Om dödsfallet inträffar på offentlig plats, eller om det annars finns oklarheter om hur döden inträffat, blir dödsfallet även en polisiär fråga. Om det finns oklarheter kan det leda till en brottsutredning och/eller en rättsmedicinsk obduktion. Det finns inget undantag i gällande rätt vad gäller konstaterande av dödsfall i händelse av fredstida kriser eller krig. Det

¹⁰¹ Hälso- och sjukvårdens förmåga i kris och krig – underlag till försvarspolitisk inriktning (SOU 2020:23), s. 60.

¹⁰² Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30), s. 108 och 140.

¹⁰³ Försvarsmakten (1993): *Handbok kvartermästare, H KvM*, s. 56 ff.

¹⁰⁴ 6 kap. 8 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

är fortfarande en läkare och därmed hälso- och sjukvårdens ansvar att konstatera dödsfallet.

Utöver hanteringen av avlidna i rutinsjukvården planerar regionerna för hanteringen av avlidna som en del i den katastrofmedicinska planeringen. Kort sammanfattat kan sägas att eftersom en sjuksköterska på skadeplats inte kan konstatera dödsfall ingår de som misstänks ha så svåra skador att de avlidit i den triagering som genomförs. Vid ett stort skadeutfall och om en människa är så svårt skadad att det är mycket osannolikt att denne kommer kunna räddas eller om det finns otvetydiga tecken på att personen kan vara död prioriteras patienten till den grupp som kan vänta. Dessa patienter samlas sedan vanligtvis vid en händelse med många drabbade på en uppsamlingsplats där en läkare kan konstatera dödsfall eller så konstateras dödsfallet vid ankomst till akutmottagning.

Den läkare som vid ett dödsfall har fastställt att döden inträtt ska ansvara för att ett dödsbevis utfärdas. Beviset ska lämnas senast första vardagen efter det att dödsfallet konstaterades.¹⁰⁵ Den läkare som har utfärdat dödsbeviset ska även ansvara för att intyg om dödsorsaken utfärdas. När denne begär det, är den läkare som har vårdat den avlidne för den sjukdom eller det tillstånd som ledde till dödsfallet skyldig att utfärda intyget. Den läkare som ska utfärda intyget ska, om det behövs, ta initiativ till en klinisk obduktion. Intyget ska sändas till Socialstyrelsen inom tre veckor från det att dödsbeviset utfärdades. Denna tidsgräns får överskridas endast om det finns särskilda skäl. Socialstyrelsen ska i sådant fall skriftligen underrättas om förseningen och om skälen för denna. Efter rättsmedicinsk undersökning svarar Rättsmedicinalverket för att intyget utfärdas och sänds in.¹⁰⁶ Det kan noteras att reglerna kring dödsbevis och dödsorsaksintyg reglerats i begravningsförordningen (1990:1147) som meddelats med stöd av begravningslagen (1990:1144). Begravningslagen innehåller som beskrivs närmare nedan en undantagsbestämmelse vad avser gravsättning eller kremering av en person vars död har orsakats av en krigsåtgärd eller en smittsam sjukdom då Sverige är i krig.

Efter att dödsfallet konstaterats behöver den avlidne transporteras till ett bårhus.

¹⁰⁵ 15 § begravningsförordning (1990:1147).

¹⁰⁶ 16 § begravningsförordning (1990:1147).

6.7.2 Avlidna måste identifieras

Avlidna måste identifieras både i vardagen och vid situationer med ett större antal dödsoffer. I rutinsjukvården eller vid död i hemmet är identifieringen normalt inget problem. I händelse av en katastrof eller i samband med krig kan det däremot vara mer eller mindre lätt eftersom kroppar kan vara illa medgångna eller svårt sargade. Dessutom kan antalet avlidna vara betydligt fler.

Det är vanligtvis polisen som får identifiera en omkommen person när identiteten är okänd. Detta är inte ett i lag uttryckligen preciserat ansvar utan en praxis bl.a. utifrån att polisen får fatta beslut om rättsmedicinsk undersökning enligt lagen om obduktion^{107,108}, och eftersom det hör till polisens uppgifter att utreda dödsfall i syfte att upptäcka eller utesluta brott. För att säkerställa identifieringen kan polisen ta hjälp av Rättsmedicinalverket.

För identifieringsarbete vid situationer med ett större antal dödsoffer finns i Sverige fyra regionala ID-lag. Dessa finns i Umeå, Stockholm, Göteborg och Malmö och utför identifieringsarbete inom sitt geografiska område. ID-lagen består av dels AM-team ("Ante Mortem – före döden") som tar fram uppgifter om befarat drabbade, dels PM-team ("Post Mortem – efter döden") som undersöker de anträffade kropparna.¹⁰⁹

Rättsmedicinalverket ansvarar för rättspsykiatrisk, rättskemisk, rättsmedicinsk och rättsgenetisk verksamhet i den utsträckning sådana frågor inte ska handläggas av någon annan statlig myndighet.¹¹⁰ Identifiering av avlidna faller närmast inom områdena rättsmedicin eller rättsgenetik. När en avliden person ska identifieras är det första steget en rättsmedicinsk obduktion där man gör en yttre och en inre undersökning av kroppen. Den rättsmedicinska obduktionen blir en viktig del i den fortsatta utredningen av identifieringen eftersom den bestämmer valet av metod.

Identifiering baserat på tänder och DNA är de vanligaste metoderna och ibland används båda två för att skapa en heltäckande bild. De rättsmedicinska och rättsgenetiska verksamheterna samarbetar ofta när en avliden person ska identifieras.

¹⁰⁷ 15 § lagen (1995:832) om obduktion.

¹⁰⁸ 4 kap. 4 § begravningslagen (1990:1144).

¹⁰⁹ <https://polisen.se/om-polisen/polisens-arbete/identifiering-av-offer/>, besökt 2022-02-02.

¹¹⁰ 1 § förordning (2007:976) med instruktion för Rättsmedicinalverket.

Även vid en större olycka eller katastrof med många avlidna är det polisens ansvar att fastställa de omkomnas identitet. Identifieringen görs enligt den standardiserade processen identifikation av olycks-offer, på engelska Disaster Victim Identification förkortat DVI, där flera olika specialistgrupper bidrar, däribland experter från Rättsmedicinalverket. Vid en större katastrof med flera döda aktiveras något av Rättsmedicinalverkets team för Disaster Victim Identification, s.k. DVI-team. Teamens uppgift är att tillsammans med polisens tekniska specialister identifiera de omkomna.

Vid en händelse i Sverige där ID-lagets resurser inte räcker till kan Nationella operativa avdelningen vid Polismyndigheten, i det följande förkortat NOA, ta över ansvaret. Då aktiveras ID-kommissionen. Beslutet att aktivera ID-kommissionen fattas av Polismyndigheten i samråd med Rättsmedicinalverket. Då samlas både AM- och PM-uppgifterna in till ett nationellt center vid NOA och matchningsarbetet sker där.

6.7.3 Begravning

Det är begravningsväsendets ansvar att den avlidne får en begravning. Allmänna begravningsplatser med ett tillräckligt antal gravplatser och andra gravanläggningar av allmänt förekommande slag skall anordnas och hållas av de territoriella församlingarna inom Svenska kyrkan. Regeringen får för särskilda fall besluta att en kommun i stället ska anordna och hålla allmänna begravningsplatser för dem som är folkbokförda inom kommunen.¹¹¹ Vad utredningen erfar gäller detta Stockholms och Tranås kommuner. Ansvaret gäller även att tillhandahålla särskilda gravplatser för dem som inte tillhör något kristet trossamfund.¹¹² Rätten till gravsättning på en allmän begravningsplats skall inte vara beroende av att den avlidne tillhörde visst trossamfund.¹¹³ Enskilda begravningsplatser får anordnas och hållas bara av trossamfund eller stiftelser som har fått tillstånd till det. Frågor om tillstånd prövas av länsstyrelsen.¹¹⁴

En församling som är huvudman för begravningsverksamheten ska vidta de beredskapsförberedelser som behövs för denna verksam-

¹¹¹ 2 kap. 1 § begravningslagen (1990:1144).

¹¹² 2 kap. 2 § första stycket i ovan nämnda författning.

¹¹³ 2 kap. 4 § första stycket i ovan nämnda författning.

¹¹⁴ 2 kap. 6 § i ovan nämnda författning.

het under höjd beredskap. Bestämmelser om vilket ansvar kommuner i detta sammanhang har inom det civila försvaret finns i lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.¹¹⁵ Om Sverige är i krig, får stoftet efter en person vars död har orsakats av en krigs-åtgärd eller en smittsam sjukdom gravsättas eller kremeras trots att vad som sägs i denna lag eller i föreskrifter som har meddelats med stöd av lagen inte kan iakttas.¹¹⁶ Det är detta som är rättslig grund för att t.ex. Försvarsmakten under mycket särskilda omständigheter kan utföra begravning, s.k. krigsgravtjänst.

För att begravningar ska kunna genomföras krävs också att man involverar begravningsentreprenörerna, exempelvis via deras branschorganisation.

6.7.4 Närmare om dödsfall i utlandet

Dödsfall kan även inträffa i utlandet. Om en svensk dör utomlands kan ambassaden eller konsulatet hjälpa till med att få fram information om händelsen från lokala myndigheter. Ambassaden kan också hjälpa anhöriga på plats med råd om hur man ska gå tillväga, dels med att ta fram nödvändig dokumentation för hemtransport av den avlidna och hjälper till att registrera dödsfallet hos Skatteverket.¹¹⁷ Om personen ska begravas i Sverige är det Skatteverket som utfärdar intyg för gravsättning.¹¹⁸

Katastrofer som drabbar svenska medborgare inträffar oftast utomlands. Vid exempelvis Tsunamin i Thailand år 2004 avled ett stort antal svenskar. Vid ett flertal andra katastrofer har ett mindre antal svenskar avlidit. Vid en katastrof med omkomna svenskar utomlands kan det aktuella landet begära hjälp av svensk polis med identifieringsarbete på plats. Nationella operativa avdelningen kan då via ID-kommissionen skicka specialister. Beslutet att aktivera ID-kommissionen fattas av Polismyndigheten i samråd med Regeringskansliet och Rättsmedicinalverket. Arbetet leds dock alltid av det drabbade landets myndigheter. I dessa fredstida händelser finns det goda förut-

¹¹⁵ 8 kap. 3 § begravningslagen (1990:1144).

¹¹⁶ 8 kap. 5 § i ovan nämnda författning.

¹¹⁷ www.regeringen.se/uds-reseinformation/vid-dodsfall-utomlands/, besökt 2021-09-21.

¹¹⁸ www.skatteverket.se/privat/folkbokforing/narenanhorigdor/dodsfalltregisteras.4.76a43be412206334b89800018611.html, besökt 2021-09-21.

sättningar att på hemmaplan förbereda för mottagandet av de avlidna och säkerställa att omhändertagande och begravning kan ske på ett värdigt sätt.

Sverige har genom propositionen om operativt militärt stöd mellan Sverige och Finland fatta beslut som underlättar att svensk trupp ska kunna sättas in i Finland.¹¹⁹ Även i sådana fall kan stridigheter som innebär dödsfall inträffa. Försvarsmakten har, trots förhållandeviss få dödsfall, erfarenheter av att hantera dödsfall i utlandet under alla de år av utlandsmissioner över hela världen. Dessa insatser har dock som regel inte skett under högintensiva krig. I händelse av en krigssituation i vårt närområde kan det antas att situationen är annorlunda. Det får förutsättas att Försvarsmakten även planerar för sådana dödsfall som kan inträffa i samband med ett ökat operativt militärt stöd till Finland. Sådan planering måste även omfatta de civila aktörer som förväntas ta om hand de eventuella avlidna när de kommer hem till Sverige så att begravning kan ske på ett värdigt sätt.

Särskilt om olyckor på internationellt vatten

Det kan hända att personer avlider även i samband med olyckor till sjöss på internationellt vatten. Sådana olyckor händer i fredstid, t.ex. i samband med Estonia eller branden på Scandinavian Star men även inom handelsflottan. Det kan inte uteslutas att det även i händelse av krig sker olyckor till sjöss. Det kan inte uteslutas att sådana händelser orsakas avsiktligt eller oavsiktligt av motståndaren. Sådana händelser utgör i så fall sannolikt folkrättsbrott.

Vid fartygsolyckor på internationellt vatten gäller svensk rätt för svenskflaggade fartyg. Det innebär bl.a. att en olycka ska utredas av Transportstyrelsen och Statens haverikommission. Vad gäller andra länders fartyg är det deras ansvar att utreda händelserna. Trots detta kan räddningsinsatsen vara Sveriges ansvar om olyckan sker på svenskt sjöräddningsområde.

Som framgått av avsnittet om statlig räddningstjänst (se avsnitt 11.3.2) kan en räddningsinsats kräva en samtidig sjukvårdsinsats. Sjukvårdshuvudmännen är skyldiga att bedriva sjukvård till sjöss på svenskt vatten. Huvudmännen får, men har inte skyldighet att, bedriva sjukvård i svensk ekonomisk zon.

¹¹⁹ Operativt militärt stöd mellan Sverige och Finland (prop. 2019/20:110).

Ett dödsfall på ett icke svenskflaggat fartyg på internationellt vatten får inte utredas av Sverige. Om olyckan sker på ett svenskflaggat fartyg är det dock Sveriges ansvar att utreda olyckan.

Det kan konstateras att sjukvård till sjöss i Sverige är en trång sektor och att det har genomförts flera projekt för att få en samsyn i samspelet mellan räddningstjänst och hälso- och sjukvård. Det kan i detta avseende konstaterats att även hanteringen av avlidna till sjöss sannolikt innebär en mycket stor utmaning men är något som behöver planeras för.

6.7.5 Särskilt om risker i samband med dödsfall under vissa omständigheter

I händelse av olyckor, katastrofer eller krig kan det hända att de som avlidit utsatts för olika former av farliga ämnen eller smitta. Ett exempel på detta var trippelkatastrofen i Japan 2011 då en jordbävning orsakade en tsunami som i sin tur ledde till en kärnteknisk olycka. Händelsen finns beskriven i Kamedo-rapport 98 från Socialstyrelsen.¹²⁰ I samband med händelsen avled över 15 000 personer. I rapporten finns beskrivet att japanska akutmottagningar i vissa fall inte ville ta emot skadade personer p.g.a. rädsla för strålningen.¹²¹ Enligt rapporten var detta inte medicinskt motiverat, innebar stora medicinska risker för patienterna och grundade sig på okunskap.¹²² Det finns ingen motsvarande beskrivning vad gäller hanteringen av de döda. En månad efter katastrofen började man genomsöka den 10 kilometer stora evakueringszonen runt kärnkraftverket. Skyddskläder användes och eventuell strålning uppmättes på de funna kropparna som dekontaminerades med hjälp av vatten.¹²³ Händelsen visar på att det är viktigt att planera för, utbilda och säkerställa den förmåga som krävs för att även hantera skadade och avlidna som utsatts för olika farliga ämnen eller smitta oavsett om det rör sig om radioaktiv strålning, kemiska stridsmedel eller biologisk smitta. Detta gäller i hela kedjan från skadeplats till begravning. Olika typer av kontamination ställer olika krav på skyddsåtgärder. Arbetsmiljölagen reglerar krav på arbetstagares säkerhet i arbetet.

¹²⁰ Socialstyrelsen (2013): *Katastroferna i Japan 2011* – Kamedo-rapport 98.

¹²¹ A.a., s. 43.

¹²² A.a.

¹²³ A.a., s. 57.

Erfarenheterna från Japan år 2011 visar på att det inte enbart handlar om att säkerställa rätt skyddsåtgärder utan att det även är viktigt med utbildning kring vilka risker vilka olika händelser innebär. En katastrof eller krigssituation är nog utmanande i sig och hanteringen av händelsen gynnas inte av en samtidig diskussion om arbetsmiljöfrågor. Sådana frågor behöver i så stor grad som möjligt vara utklarade i förväg. Med god utbildning kommer också personalen vara trygg i de arbetssätt som krävs för en säker hantering av kontaminerade avlidna personer.

Det är utredningens uppfattning att frågan om kontaminerade avlidna bör hanteras i samband med övriga förslag som utredningen har på CBRN-området (se avsnitt 6.5).

Betydelsen av rättsmedicinska undersökningar

Det ska i detta sammanhang även påtalas att rättsmedicinska obduktioner kan vara ett värdefullt verktyg i att identifiera och eventuellt attribuera antagonistiska handlingar just genom identifikationen av ett farligt ämne eller en smitta.

Det finns exempel på uppmärksammade förgiftningsfall som inträffat under senare år kopplat till oppositionella eller avhoppade under rättelseagenter. Som exempel kan nämnas förgiftningen av Alexander Litvinenko med polonium-210¹²⁴ eller förgiftningen av Aleksej Navalnyj med Novitjok¹²⁵. Oförklarliga dödsfall, orsakade genom smitta, eller exponering mot kemiska eller radioaktiva ämnen kan vara en del av ett större sammanhang. I denna del utgör resultatet av de rättsmedicinska obduktionerna värdefull information för andra myndigheter som till exempel Försvarsmakten och Säkerhetspolisen.

¹²⁴ Kunskapscentrum för strålningsmedicin vid katastrofer (2016): *Polonium-210: Medicinsk slutrapport om mordet på Alexander Litvinenko*.

¹²⁵ www.foi.se/nyheter-och-press/nyheter/2020-09-15-foi-bekraftar-tyska-resultat-om-novitjok.html, besökt 2021-09-21.

6.7.6 Utredningens överväganden och förslag

Förslag: Myndigheten för samhällsskydd och beredskap ska få i uppdrag av regeringen att i samverkan med Socialstyrelsen, Polismyndigheten, Rättsmedicinalverket och Försvarsmakten samt Svenska kyrkan och representanter för sjukvårdshuvudmännen hålla samman arbete med att ta fram nationella centrala principer för hanteringen av ett stort antal avlidna.

Bedömning: På länsnivå behöver sjukvårdshuvudmännen, länsstyrelsen, Försvarsmakten och Svenska kyrkan gemensamt, utifrån nationellt framtagna principer, planlägga omhändertagande av avlidna så att det svarar upp mot de behov som föreligger. I den mån det är möjligt bör även andra trossamfund och begravningsentreprenörer involveras i sådan planering.

Att hälso- och sjukvården rent allmänt kommer få en hög belastning i händelse vissa fredstida kriser, höjd beredskap eller krig står nog klart för de flesta vid det här laget. Till detta kommer även kraven på hanteringen av avlidna. Även andra myndigheter kommer i dessa situationer sannolikt uppleva en större belastning än normalt.

Polismyndighetens uppgifter vid höjd beredskap och krig har inte diskuterats nämnvärt i betänkandet. Polismyndigheten är bevakningsansvarig myndighet och ingår därmed i den skara myndigheter som omfattas av den gemensamma totalförsvarsplaneringen. Även Polismyndigheten får sannolikt en högre belastning i händelse av höjd beredskap och krig. Utöver att upprätthålla allmän ordning och säkerhet kan Polismyndigheten vid höjd beredskap behöva göra vissa omprioriteringar. Myndigheten kan då i större grad behöva rikta insatser mot till exempel bevakning av skyddsobjekt, utrymning, plundring och upplopp samt stödja Försvarsmaktens mobilisering genom trafikdirigering och bevakning. Polismyndigheten har också en viktig och omfattande del i gränsövervakningen. Andra uppgifter som tillkommer vid höjd beredskap är utredning av brott mot ransonerings- och regleringsbestämmelser som kan träda i kraft vid höjd beredskap samt handräckning vid uttag av egendom eller tjänster för totalförsvarets behov. Det är i denna kontext som Polismyndigheten också ska utföra identifiering av döda.

Rättsmedicinalverket är inte en bevakningsansvarig myndighet med särskilda uppgifter för kris och krig. I stället gäller vad som framkommer av 4 § förordningen (2015:1053) om totalförsvaret och höjd beredskap att varje myndighet i sin verksamhet ska beakta totalförsvarets krav. I myndigheternas planering för totalförsvaret ska det ingå att under höjd beredskap fortsätta sin verksamhet så långt det är möjligt med hänsyn till tillgången på personal och förhållandena i övrigt. Myndigheternas planering för totalförsvaret ska ske i samverkan mellan de statliga myndigheter, kommuner, regioner, sammanlutningar och näringsidkare som är berörda. Rättsmedicinalverket omfattas därmed inte av de bestämmelser som gäller för t.ex. Polismyndigheten och är inte heller knutna till de övergripande processer som finns kring planeringen och samordningen av totalförsvaret (se avsnitt 5.1.3).

Rättsmedicinalverket har vad utredningen erfar genomfört viss planering för att kunna möta behoven vid katastrofer med hundratal döda. Denna planering behöver utsträckas till att kunna hantera ännu fler dödsfall i händelse av krig. Det kan inte uteslutas att sådan planering innebär behov av att ta fram resurssparande metoder, t.ex. kan tillgången till magnetröntgen för identifikation i händelse av krig vara starkt begränsad. Det kan övervägas om inte rättsmedicinalverket borde vara en bevakningsansvarig myndighet med anledning av de centrala uppgifter de har i hanteringen av avlidna.

Som framgår av 6.7.3 vilar ansvaret att ordna begravningsplatser i allmänhet fortfarande på Svenska kyrkan även om det finns undantag. Detta gäller även för medlemmar av andra trossamfund. Utredningen konstaterar därmed att Svenska kyrkan är central i arbetet med hanteringen av avlidna i samband med ett stort antal döda. Med anledning av att många invånare i Sverige i dag inte tillhör Svenska kyrkan är det utredningens bedömning att det är viktigt att även andra trossamfund involveras i planeringsarbetet. MSB har en etablerad struktur för dialog med trossamfunden och kan företräda och vara en samordnande part för sådana trossamfund.

Det kan konstateras att eftersom sjukvårdshuvudmännen har ansvaret för att omhänderta avlidna måste dessa säkerställa att det finns möjlighet att förvara dessa på ett värdigt sätt och i en sådan omfattning så att det svarar upp mot de övriga organisationernas förmåga att genomföra identifiering och begravning. Hanteringen behöver även förhålla sig till Försvarmaktens planerade hantering av avlidna på

stridsfältet. Att vid militära förband hantera avlidna är resurskrävande, exempelvis genom att uppsamlingsplatser måste bevakas. Hanteringen tar därför resurser från huvuduppgiften och är sannolikt också demoraliserande med påverkan på stridsviljan.

Hanteringen av avlidna behöver planeras

Att hantera ett stort antal döda är en uppgift som måste planeras nog. Sådan planering behöver, som framgår av vad som redovisats ovan, göras i en nära samverkan mellan sjukvårdshuvudmännen, MSB, Polismyndigheten, Rättsmedicinalverket, Försvarmakten och Svenska kyrkan.¹²⁶ Planeringen bör t.ex. mynna i ut i lämpliga lokaler säkerställs för förvaring, bevakningstjänster kontrakteras, utrymmen och personal för identifikation och bestämmande av dödsorsak säkerställs och att det finns kapacitet att inom rimlig tid gravsätta. Det är också viktigt att det tas fram ett stöd för hanteringen av avlidna även för prehospitalt bruk. Det krävs enkla, ändamålsenliga, tydliga rutiner som underlättar för pågående verksamhet och som samtidigt är rätts- och patientsäkra och säkerställer de krav på värdighet som framgår av 6 kap. 8 § patientsäkerhetslagen (2010:659). Sådana rutiner omfattar t.ex. förtryckta pappersblanketter. Inscanning och digitalisering måste kunna ske längre bak i kedjan vid ett senare tillfälle om digitala stödssystem saknas.

Centrala principer för hanteringen av avlidna behöver tas fram på nationell nivå i samverkan mellan myndigheterna. I detta avseende skulle Socialstyrelsen kunna representera huvudmännen så som föreslagits för övriga planeringsuppgifter. Planeringen kan knytas till den föreslagna beredskapssektorn hälsa, vård och omsorg dit Försvarmakten, Polismyndigheten, och Rättsmedicinalverket kan adjungeras i dessa frågor. Enligt uppgift har dock MSB haft ett samverkansprojekt kring hantering av avlidna under pandemin med covid-19. Mot bakgrund av att hanteringen av döda involverar flera aktörer, och många av utredningens förslag kommer att medföra uppdrag för Socialstyrelsen, anser utredningen att det är lämpligt att MSB får ansvar för ett sådant uppdrag. MSB har dessutom etablerade kontakter med olika trossamfund. Även om MSB får i uppdrag att hålla ihop ett sådant

¹²⁶ Svenska kyrkan har indirekt en roll som nationellt organ då det är Svenska kyrkans församlingar som i huvudsak ansvarar för begravningsplatserna.

arbete behöver det genomföras i nära samverkan med Socialstyrelsen, Polismyndigheten, Rättsmedicinalverket och Försvarmakten. I arbetet bör även representanter för sjukvårdshuvudmännen och andra relevanta aktörer ingå.

Detaljerad planering behöver sedan utföras på lokal och regional nivå, inte minst mellan kommuner, regioner, församlingar och länsstyrelser. Sådan planering kan lämpligen samordnas i ett län. I den mån det är möjligt bör även andra trossamfund involveras på lokalnivå. Det är viktigt att de metoder som tas fram blir nationella och i tillämpbara delar kan användas i fred vid övning och metodutveckling inför krig.

7 Förstärkningsresurser och internationella samarbeten

Förstärkningsresurser är ett viktigt komplement till hälso- och sjukvårdens ordinarie resurser. De kan behövas både vid händelser med många samtidigt skadade eller sjuka och när andra omständigheter påverkar förmågan att utföra vård, t.ex. leveransproblem eller driftstörningar. Förstärkningsresurser behöver därför finnas för att hantera olika typer av händelser. Situationer med många skadade eller sjuka kan orsakas av t.ex. stora olyckor, händelser med kemiska, biologiska och radionukleära ämnen, extremväder, krig, pandemi eller terrorattentat.

Det finns ingen nationell beskrivning av som avses med förstärkningsresurser på hälso- och sjukvårdsområdet. Utredningens utgångspunkt är därför att förstärkningsresurser utgörs av de personella, materiella eller organisatoriska resurser eller enheter som tillförs och som ökar förmåga att omhänderta ett stort antal skadade eller sjuka patienter. Det kan t.ex. handla om extra resurser för arbete på skadestplats och transport därifrån, resurser för att förstärka vården på sjukhus eller andra vårdinrättningar, resurser för att identifiera kemiska, biologiska samt radionukleära ämnen eller krisstödsresurser.

Det kan naturligtvis även finnas behov av andra typer av förstärkningsresurser som är av stor betydelse för sjukvårdens verksamhet men som inte ingår i det som utredningen beskriver ovan. Det kan t.ex. handla om elverk för ett strömlöst särskilt boende, reservvatten, stödresurser för matlagning m.m. Frågor kring robust verksamhet beskrivs närmare i avsnitt 6.2. Frågor om försörjning av sjukvårdsprodukter har utredningen lämnat förslag kring i det tidigare betänkandet SOU 2021:19. I detta kapitel har utredningen valt att fokusera på förstärkningsresurser för att hantera händelser med många skadade eller sjuka.

Vid plötsliga händelser med många svårt skadade och sjuka personer är många gånger tiden en kritisk faktor vid omhändertagande. Extraresurser måste i dessa lägen snabbt kunna vara på plats. Sådana förstärkningsresurser behöver därför i huvudsak endera finnas placerade lokalt och regionalt vid sjukhus och vårdcentraler eller strategiskt i områden nära sannolika olycksplatser.

Det kan även uppstå händelser där belastningen på sjukvården ökar succesivt och där det i ett senare skede kan krävas förstärkningsresurser. Detta kan exempelvis gälla resurser som krävs för att hela vårdkedjan ska fungera eller sådana resurser som krävs exempelvis vid utbrott av smittsamma sjukdomar och där förloppet inte är akut. Sådana resurser kan sannolikt förvaras centralt och fördelas efter behov eftersom det inte är fullt lika tidskritiskt.

Förstärkningsresurser vid händelser med kemiska, biologiska eller radionukleära ämnen behövs inte enbart för att kunna omhänderta patienter på vårdenhet. Det krävs även resurser för att personalen vid behov ska kunna verka prehospitalt i ett skadeområde vid händelser med sådana ämnen oavsett om dessa spridits oavsiktligt eller avsiktligt.

Förstärkningsresurser som tas fram för framtida händelser kan naturligtvis även utgöra grunden för verksamheten vid höjd beredskap och krig. Det kan dock finnas skäl att överväga om det finns särskilda behov av förstärkningsresurser för de mycket utmanande situationer som kan uppstå i händelse av t.ex. väpnad strid.

7.1 Förstärkningsresurser i regioner och kommuner

Förmågan att öka kapaciteten i den befintliga organisationen med i huvudsak befintliga medel har behandlats i kapitel 6. I detta kapitel redogör utredningen för hälso- och sjukvårdens behov av förstärkningsresurser i form av extra organisatoriska enheter eller förmågor och viss annan varaktig utrustning. Även internationella samarbeten och internationellt stöd behandlas. Möjligheterna att förstärka hälso- och sjukvården med personal behandlas i stället i huvudsak i kapitel 8.

Regionerna har en lång tradition av att ha förstärkningsresurser för att ta hand om många samtidigt skadade på skadeställe men på senare år har förändringar skett. Mellan mitten av 1990-talet och fram till mitten av 2010-talet har det t.ex. skett en kraftig neddragning av de resurser som var avsedda att användas för det fall Sverige hamnade i

krig. Utvecklingen har varit en naturlig följd av den strategiska pausen och idén om fred under överskådlig tid i vårt närområde. De resurser som tidigare fanns var i vissa delar gemensamma för att även kunna hantera situationer med många skadade i fred, dvs. stora traumahändelser. Under de senaste trettio åren har samhället i stället fokuserat på samhällets krisberedskap.

De konkreta åtgärder som vidtagits har som vanligt utgått ifrån lärdomar av de händelser som har inträffat, snarare än utifrån en analys av vad som kan inträffa. Det kan till del förklara varför det funnits planer för influensapandemier men inte för pandemier med nya smittämnen. Flodvågskatastrofen i Thailand och andra internationella händelser förklarar varför det finns förmåga att evakuera svårt skadade människor från andra länder och kontinenter men en bristfällig förmåga att hantera ett terrorattentat på hemmaplan med tusentals svårt skadade. Dessa övergripande förändringar har också haft betydelse för hur kommuner och regioners förstärkningsresurser ser ut. Omvärldens, klimatets och samhällets utveckling innebär alltid ett behov av att se över vilka resurser som behöver finnas. Kommunernas hälso- och sjukvård har i många avseenden en annan karaktär än den som bedrivs i regionerna. Kommunernas uppdrag omfattar exempelvis inte sjukvård som ges av läkare. Det omfattar inte heller t.ex. prehospitalvård på skadepplats. Kommunernas sjukvård bedrivs i huvudsak i hemmet eller i olika särskilda boendeformer. En stor del av den vården vänder sig till äldre och personer med särskilda behov. Vad utredningen erfar är det inte vanligt med utpekade förstärkningsresurser för den kommunala hälso- och sjukvården. Även kommunerna behöver dock planera för förstärkningsresurser ur det breda hotperspektivet. Situationer med många sjuka eller stor sjukfrånvaro hos personalen kan göra att även kommunen behöver fundera över hur vården kan eller bör organiseras.

7.1.1 Förstärkningsresurser avsedda för sjukhus och vårdinrättning

Bedömning: Inom ramen för regionernas beredskap att ta hand om ett stort antal skadade eller sjuka ska de planera för förstärkningsresurser på lokal nivå, dvs. sjukhus och vårdinrättning. Sådan planering bör utgå ifrån regionens risk- och sårbarhetsanalys, statliga planeringsanvisningar och de geografiska förhållandena i övrigt.

De flesta sjukhus eller vårdinrättningar som ingår i regionens beredskapsplanering har planer för hur en händelse med ett stort antal plötsligt skadade ska hanteras. De flesta regioner har även planer som beskriver hur särskilda avdelningar utpekas och eventuellt byggs om för att kunna bedriva vård av stort antal patienter med samma sjukdom. Möjligheterna att förstärka vårdinrättningarna bygger på att plötsligt öka kapacitet, *surge capacity* med de olika delarna *personal, materiel, infrastruktur* och *system*¹. Konceptet har beskrivits utförligare i avsnitt 6.1.1.

Vad gäller förstärkning med *personal* finns det lokala rutiner för hur medarbetare kallas in för att förstärka hela vårdkedjan på sjukhuset eller vårdinrättningen, t.ex. på akutmottagning, operationsavdelning, intensivvårdsavdelning och röntgen. Det finns även rutiner för att kunna tillgodose behovet av krisstöd. Behovet av personal som inte utgör hälso- och sjukvårdspersonal vägs också in i planeringen. Planering avseende personalförstärkningar på lokal nivå handlar i huvudsak om hur man *internt* på ett sjukhus eller vårdinrättning omdisponerar personal.

Vad avser *materiel* har framför allt akutsjukhusen viss extra medicinteknisk utrustning, t.ex. respiratorer, övervakningsutrustning och sängar. Vissa sjukhus eller vårdinrättningar har även packat sjukvårdsprodukter och läkemedel i separata behållare som enkelt kan flyttas, och eventuellt även tas med prehospitalt vid behov. De sjukhus eller vårdinrättningar som ligger nära ett område där det finns potentiella risker, t.ex. närheten till en hamn som hanterar farligt gods, har oftast extra resurser för sanering.

Vårdinrättningarnas planering för *infrastruktur* kan t.ex. innebära att det finns planer för hur exempelvis en akutmottagning kan expan-

¹ Vedertagna svenska översättningar saknas av begreppen, de internationella originalbegreppen är *staff*, *stuff*, *structure* och *systems*.

dera lokalmässigt eller hur en kirurgisk vårdavdelning görs om till en pandemiavdelning.

System innebär bl.a. den organisation, de planer och rutiner som krävs för att kunna genomföra ovanstående.

Även om konceptet för att plötsligt öka kapacitet skapar förutsättningar för att säkerställa de resurser och strukturer som krävs för att hantera situationer med många samtidigt skadade eller sjuka blir förmågan beroende av vilka händelser eller risker regionerna väljer att inkludera i sin planering. Det kan enligt utredningen finnas skäl att fundera över om planeringen för många svårt sjuka kan ha varit sämre än för att hantera många samtidigt skadade. Detta framkommer inte minst av den senaste pandemin och svårigheterna att bemanna tillräckligt med vårdplatser. Under coronapandemin samt vaccinationsinsatsen mot covid-19 kvarstår behovet av extrapersonal under lång tid och svårigheterna för regionerna att lösa detta har varit påtagliga. Det saknas också i dag många gånger möjligheter att lokalt tillskapa tillfälliga vårdplatser för att t.ex. behandla patienter för sådant som inte kräver specialiserad vård eller för att lokalt i en kommun ta emot en större mängd patienter från akutsjukhus eller särskilda boenden vid stora överbelastningar.

Tillgången på lokala förstärkningsresurser varierar

Förutsättningar att bygga upp förstärkningsresurser, och behovet av dessa, varierar stort mellan regioner beroende på geografi och verksamhet. Vilka förstärkningsresurser som ska finnas måste därför avgöras regionalt utifrån lokala förutsättningar. Däremot finns det ett behov av att dela informationen om vilka resurser man har bygger upp eftersom många regioner vid mycket omfattande händelser förlitar sig på hjälp från varandra. Det kan också vara så att närmaste hjälp finns i en annan region, vilket i så fall är en fördel att känna till.

Trots ovanstående systemtänk och tanke om lokal och regional variation kan utredningen konstatera att tillgången på förstärkningsresurser varierar mellan regionerna på ett sätt som sannolikt inte kan motiveras av verksamhet eller geografiska skillnader. Vissa regioner saknar i stort sett helt förstärkningsresurser. Det saknas också, bortsett från vad regeringen uttryckte om dubblering av vårdplatser i den senaste

totalförvarspropositionen², nationella vägledningarna avseende vilken extra kapacitet eller förmåga ett sjukhus eller en vårdinrättning bör ha.

Resurser för omfördelning regionalt

Precis som det kan finnas förstärkningsresurser som ska användas lokalt kan det finnas vissa resurser som betraktas som regionala. De flesta regioner har vissa sådana förstärkningsresurser som kan flyttas och användas i hela regionen. Detta gäller framför allt prehospitala förstärkningsresurser (se vidare 7.1.2 nedan) men skulle även kunna gälla vissa specialiserade resurser som mobil saneringsutrustning eller extra utrustning av sängar eller medicinteknisk utrustning. På samma sätt som för sjukhus och andra vårdinrättningar saknas det nationella vägledningarna för regionerna avseende vilka förstärkningsresurser som borde finnas på regional nivå.

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap framgår av 5 kap. 9 och 10 §§ att regionen ska planera så att hälso- och sjukvårdens försörjning av medicinteknisk utrustning, förbrukningsmateriel och läkemedel anpassas till de behov som kan uppstå vid allvarlig händelse. Vidare finns angivet att regionen ska planera för att den personal som ska arbeta i ett skadeområde tillhandahålls den utrustning som är nödvändig.

Utredningens bedömning

Utredningen erfar att det i ett flertal regioner saknas regionövergripande beslut avseende vilken kapacitet eller förmåga som vårdinrättningar och sjukhus ska ha vid allvarlig händelse. Därmed framgår det inte heller tydligt vilket behov som finns av eventuella förstärkningsresurser.

Utredningen bedömer utifrån ovanstående att det inom ramen för regionernas beredskap enligt hälso- och sjukvårdslagen bör övervägas vilka förstärkningsresurser som bör finnas på lokal nivå dvs. sjukhus och vårdinrättning baserat på regionens risk- och sårbarhetsanalys. Vilka förstärkningsresurser som behöver finnas lokalt kommer att variera mellan olika regioner beroende på geografiska och organisatoriska förhållanden, befolkningstäthet, risker i närområdet m.m.

² Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30), s. 140.

7.1.2 Prehospitala förstärkningsgrupper

Bedömning: Som en del av beredskapen att hantera situationer med många samtidigt skadade bör alla regioner ha utbildade och övade prehospitala förstärkningsgrupper som vid behov kan förstärka ambulanssjukvården i ett skadeområde. Sådana grupper behöver bestå av både personal, utrustning och förbrukningsmateriel.

Socialstyrelsen bör ta fram nationella rekommendationer om vilken förstärkningsutrustning som minst ska finnas i alla regioner samt vid behov standarder för dessa. Därutöver behöver alla regioner utifrån sina risk- och sårbarhetsanalys bedöma vilka ytterligare förstärkningsresurser som behövs utifrån de särskilda regionala förhållandena.

Fram till år 2013 fanns det i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:13) om katastrofmedicinsk beredskap en bestämmelse om att det i varje landsting (i dag region) skulle finnas sjukvårdsgrupper. Sjukvårdsgrupperna skulle vara ständigt beredda för insatser vid allvarliga händelser och bestå av hälso- och sjukvårdspersonal med utbildning och erfarenhet av uppgifterna.³ Behovet av organiserade sjukvårdsgrupper samt personalens kompetens och uppgifter skulle fastställas inom ramen för landstingets katastrofmedicinska planering. Sjukvårdsgrupperna var tänkta att organiseras vid sjukhus men i mindre befolkningstäta områden skulle de i stället organiseras genom primärvårdens försorg. Sjukvårdsgrupperna skulle ha med sig personlig utrustning⁴ och vid behov tilläggsutrustning⁵. I vissa fall, t.ex. vid kemiska olyckor, ansågs att det även kunde behöva personlig skyddsutrustning.⁶ Sjukvårdsgruppernas primära uppgift var medicinskt omhändertagande på skadepåplats, inte transporter av skadade eller sjuka. Fram till år 2010 fanns nationella utbildningar för personal som skulle ingå i ovan nämnda sjukvårdsgrupper.

Under 1990-talet gjorde Socialstyrelsen även samordnade nationella inköp av personlig utrustning ("väskor") till regionernas sjukvårds-

³ 10 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:13) om katastrofmedicinsk beredskap.

⁴ Den personliga utrustningen benämns *förstahandsutrustning* och utgörs av sjukvårdsutrustning som bärs individuellt och som innehåller sjukvårdsmaterial anpassat för att kunna utföra prehospital akutsjukvård (Socialstyrelsens termbank, beslutad 2007).

⁵ Med *tilläggsutrustning* avses sjukvårdsutrustning som utgör förstärkning och komplement till förstahandsutrustningen (Socialstyrelsens termbank, beslutad 2007).

⁶ Allmänna råd till 10 § i ovan nämnda författning.

grupper. Dessa ”väskor” hade i stort sett samma innehåll i hela landet. De regioner som i dag har en organisation för sjukvårdsgrupper har väldigt olika personlig utrustning.

Katastrofsjukvårdsenheter

Under 1990-talet lånade Socialstyrelsen ut katastrofsjukvårdsenheter⁷ inklusive visst material för användning på t.ex. skadeplats till regionerna. Myndigheten gav även ut rekommendationer om vad dessa enheter skulle innehålla, vilket möjliggjorde att regionerna hade likvärdigt utrustning och materiel. Socialstyrelsen skänkte under 2000-talet vagnarna till regionerna.

Katastrofsjukvårdsenheterna var otympliga och svåra att transportera vilket medförde att flera regioner ansåg att de var obrukbara. Vad utredningen erfar har ändå flertalet regioner någon form av förstärkningsresurser i form av skadeplatsutrustning. Det kan handla om t.ex. bårar, bårbockar, filter, tält, värmare och belysningsutrustning för att upprätta en uppsamlingsplats för stabilisering och vård av patienter i väntan på avtransport. I dag förvarar flera regioner i stället utrustningen i containrar som snabbt kan transporteras med lastbil till ett skadeområde. Regionen har oftast slutit avtal med räddningstjänsten som på anmodan transporterar ut utrustningen till skadeplatsen.

Det som däremot saknas i dag, och som fanns förr, är nationell enhetlighet vad avser system och innehåll i skadeplatsutrustningen. Detta kan försvåra samarbete och utbildning. Det saknas också kännedom om, och en nationell sammanställning av, vilka resurser som finns i de olika regionerna.

Utökad kompetens i ambulanssjukvården har minskat behovet av sjukvårdsgrupper

Under det senaste decenniet har den medicinska kompetensen inom ambulanssjukvården ökat. Sedan 2009 framgår av Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:10) om ambulanssjukvård m.m. att vårdgivaren ansvarar för att varje ambulans är bemannad med hälso- och sjukvårdspersonal som har behörighet att iordningställa och administrera

⁷ En katastrofsjukvårdsenhet definieras som en flyttbar enhet som innehåller kringutrustning och/eller tilläggsutrustning (Socialstyrelsens termbank, beslutad 2007).

läkemedel.⁸ I praktiken innebär det att det i dag finns en sjuksköterska i varje ambulans. Flera regioner har även ställt egna krav på att det ska vara specialistutbildade sjuksköterskor.

Kravet på sjuksköterskor i ambulanser har ökat den medicinska kompetensen på skadeplats och därmed minskat behovet av att tillföra högre medicinsk kompetens i ett skadeområde. Däremot kan det ibland finnas behov av läarkompetens på skadeplats. Storstadsregionerna har därför valt att ha läarkompetens i den prehospitla verksamheten.

Forskning visar på att fokus för svårt skadade snabbt bör vara att möjliggöra ett kvalificerat omhändertagande under transport och på sjukhus i stället för att fördröja avtransport och genomföra medicinska åtgärder på skadeplats. Då behovet av personella förstärkningar från sjukhus och primärvård minskat har även utbildning och övning i prehospitalt arbete för personal på sjukhus eller primärvård minskat eller helt upphört.

År 2013 togs kravet på sjukvårdsgrupper bort ur de katastrofmedicinska föreskrifterna och regionerna har därefter valt olika vägar för att hantera behovet av prehospitla förstärkningsresurser. Några regioner har ingen organisation alls för att förstärka ett skadeområde med utrustning och personal, en del förstärker med ytterligare resurser från ambulanssjukvården och vissa regioner har fortfarande kvar en organisation med sjukvårdsgrupper från både sjukhus och primärvård. Personalen som ingår i en prehospital förstärkningsresurs utför dagligdags ett ordinarie arbete någonstans i regionen.

Ambulanssjukvårdens uppgift

Ambulanssjukvården utgår ifrån 7 kap. 6 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Där framgår att regionen svarar för att det inom regionen finns en ändamålsenlig organisation för att till och från vårdinrättning eller läkare transportera personer vars tillstånd kräver att transporten utförs med transportmedel som är särskilt inrättade för ändamålet. Utifrån denna bestämmelse har Socialstyrelsen utfärdat föreskrifter om ambulanssjukvård m.m. som ska tillämpas på sådan transportverksamhet. Enligt föreskrifterna är ambulanssjukvården hälso- och sjuk-

⁸ 6 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:10) om ambulanssjukvård m.m.

vård som utförs av hälso- och sjukvårdspersonal i eller i anslutning till en ambulans.⁹

Varje region ska upprätta en plan för ambulanssjukvården inom sitt geografiska område. Av planen ska det framgå vilka mål som har fastställts, vilka resurser som ska finnas, och hur ambulanssjukvården ska vara organiserad. Regionen ska vidare samordna planen för ambulanssjukvården med den fredstida katastrofmedicinska beredskapsplanen och planläggningen inför höjd beredskap.¹⁰

Utredningen kan konstatera att syftet med ambulanssjukvården i första hand är att transportera skadade eller sjuka personer. Socialstyrelsen har i föreskrifterna utvidgat uppdraget till att även omfatta sådan sjukvård som bedrivs i eller i nära anslutning till en ambulans. Detta är naturligtvis rimligt eftersom en ambulans många gånger vid ett larm utgör den första och enda medicinska resurs som når den sjuka eller skadade. Det är då naturligt att personalen också kan ge sådan sjukvård som krävs för att transporten till ett sjukhus eller en vårdinrättning ska kunna ske. Ambulanssjukvårdens primära uppgift så som den uttrycks i hälso- och sjukvårdslagen är dock inte att vara dimensionerad för att svara för all den prehospitala akutsjukvård¹¹ som kan behövas vid ett omfattande och plötsligt skadeutfall (se även avsnitt 11.1). Varje ambulans som anländer till en skadeplats och uppehåller sig där för att prioritera (triagera) och behandla skadade patienter, framför allt vid masskadehändelser, innebär en ambulans mindre som kan transportera patienter till sjukhus eller vårdinrättning. Även om det krävs utbildning och övning för att en prehospital förstärkningsgrupp från ett sjukhus eller en vårdcentral ska fungera bra i prehospital miljö kan det finnas skäl att överväga om det ur beredskapsperspektiv var helt genomtänkt att ta bort kravet på sjukvårdsgupper enbart mot bakgrund av att kompetensen i ambulanserna höjs.

Det framgår förvisso av Socialstyrelsens föreskrifter att regionerna ska samordna planen för ambulanssjukvården med den fredstida katastrofmedicinska beredskapsplanen och planläggningen inför höjd beredskap. Detta innebär dock inte med automatik att ambulanssjukvården dimensioneras för att både kunna utföra transporter från, och genomföra prehospital akutsjukvård på, skadeplats utan kan mycket

⁹ 1 kap. 2 § i ovan nämnda författning.

¹⁰ 2 kap. 1 § i ovan nämnda författning.

¹¹ Med prehospital akutsjukvård avses omedelbara medicinska insatser som utförs utanför vård-enhet av hälso- och sjukvårdspersonal (Socialstyrelsens termbank, beslutad 2018).

väl innebära att ambulanssjukvården enbart dimensioneras för transporter.

Utredningen anser därför att det vid händelser med många plötsligt skadade och vid krig kan finnas ett behov av prehospitala förstärkningsresurser som kan komplettera ambulanssjukvården med prehospitalt arbete på skadeplats. I sådana grupper bör det ingå hälso- och sjukvårdspersonal som är utbildad och övad för att kunna triagera vid masskadehändelser. Anledningen till detta är att ambulanstransportresurserna inte kan utnyttjas fullt ut när ambulanspersonalen tvingas stanna kvar och utföra medicinska åtgärder i skadeområdet.

Särskilt om glesbygd

I glesbygd med långa avstånd till akutsjukhus har flera regioner personal eller prehospitala grupper som kan förstärka arbetet på en skadeplats, dels med ökad kompetens för att bistå ambulanspersonalen, dels för att öka mängden sjukvårdspersonal som verkar på plats då transportresurserna understiger behovet.

I regioner med glesbygd utgör ofta vissa av primärvårdens resurser en del av den organisation som kan förstärka i ett skadeområde. Vid vissa vårdcentraler (hälsocentraler) i glesbygd finns t.ex. utrustning som kan tas med till skadeplats och personalen är tränad och övad för att ingå i den organisation som vid behov kan förstärka i ett skadeområde.

Prehospitala förstärkningsgrupper och skadeplatsutrustning behöver finnas i alla regioner

Alla regioner ska i dag planera så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls. Utredningen har i avsnitt 5.1 föreslagit att denna bestämmelse ändras så att regionerna i stället ska beakta behovet av att kunna hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt behovet av att hantera en katastrof i vården.

För att klara det nu gällande, eller det av utredningen förslagna ändrade uppdraget avseende beredskap, behöver det finnas en planering och en organisation som vid situationer med många skadade eller sjuka kan stödja ambulanssjukvården på skadeplats eller i ett skadeområde. Som utredningen framfört ovan är det inte ambulanssjukvårdens upp-

gift att i första hand möta det behov som finns på skadeplats eller i ett skadeområde med många skadade eller sjuka. Det krävs därför att extra resurser med bl.a. prehospitalt utbildad hälso- och sjukvårdspersonal och skadeplatsutrustning kan tillföras. Detta är ett behov som har funnits länge. En utökad transportkapacitet från skadeplats till sjukhus är också nödvändig.

Det är inte med självklarhet så att traumarelaterade skador är den enda förmåga som prehospitala förstärkningsgrupper behöver ha. Vilka förmågor som är relevanta bör ta sin grund i de risk- och sårbarhetsanalyser som regionerna genomför. En sådan förmåga som kan vara relevant är att kunna stödja MSB:s nationella resurs för urban sök och räddning, ofta förkortat NUSAR¹². NUSAR är en räddningsresurs som finns i fyra kommuner i landet med uppgift att bl.a. söka efter försvunna personer i rasmassor efter att t.ex. byggnader kollapsat. NUSAR innehåller ingen särskild sjukvårdsförmåga och räddningspersonalen får enbart genomföra första-hjälpenåtgärder. Vid t.ex. losstagning av patienter som varit fastklämda, s.k. crush-syndrome, är det avgörande för patientens överlevnad att medicinsk behandling påbörjas innan losstagningen genomförs. Det behövs därför sjukvårdsresurser som kan delta i en parallell sjukvårdsinsats till en sådan räddningsinsats. Sådan personal måste ha rätt utbildning och utrustning för att verka i denna miljö.

Det kan noteras att man i Japan efter jordbävningen i Kobe år 1995 byggde upp en organisation just för sjukvårdsuppgifter i samband med raserade byggnader. Den nästkommande katastrofen, trippelkatastrofen i Fukushima år 2011, var av en helt annan karaktär och sjukvårdspersonalen mötte i stället många hemlösa människor som levde under lägerförhållanden.¹³ Även om risken för just jordbävning och tsunami är liten i Sverige kan andra situationer inträffa med anledning av bl.a. klimatförändringarna. Sådan kompetens kan också användas i internationella sammanhang. I samband med t.ex. terrorhandlingar och i krig finns risk att skadeutfall uppstår som effekt av kemiska, biologiska eller radionukleära ämnen. Det finns också en risk att andra skador uppstår i en miljö där dessa ämnen förekommer. Skador av kemiska och radionukleära ämnen kan också förekomma i anslutning till olyckor i industrier. Sjukdomar orsakade av biologiska ämnen kan uppkomma i andra sammanhang t.ex. som zoonoser.

¹² NUSAR är en förkortning för det engelska uttrycket *national urban search and rescue*.

¹³ Socialstyrelsen (2013) *Katastroferna i Japan 2011 – Kamedo-rapport 98*.

Utredningens bedömning

För att skapa förutsättningar för en beredskap som kan möta de utmaningar som beskrivs ovan bör alla regioner ha utbildade och övade prehospitla förstärkningsgrupper. Sådana grupper behöver bestå av både personal, utrustning och sjukvårdsprodukter. Det bör däremot vara upp till varje region att själv avgöra hur de bäst organiseras utifrån bl.a. verksamhetsmässiga och geografiska förutsättningar i respektive region. Det kan t.ex. handla om var grupperna organiseras och om olika grupper specialiseras på olika uppgifter. Det kan t.ex. antas att det är större risk för kollapsade byggnader i områden med tät bebyggelse och större risk för översvämningar i områden där det finns risk för stora flöden eller dammbrott. Närheten till ett sjukhus eller en annan vårdinrättning samt transportkapacitet från ett potentiellt skadeområde är också avgörande för hur regionerna planerar för att kunna förstärka med personella och materiella resurser. Regionens risk- och sårbarhetsanalys kan påvisa behov av att placera förstärkningsresurser på vissa specifika platser t.ex. i anslutning till en järnväg med snabbgående tåg där det är långa avstånd till sjukhus eller i anslutning till ett område med många fabriker med farlig verksamhet.

Som framgår av kapitel 9 bör det även tas fram nationella utbildningar för att underlätta för regionernas prehospitla grupper att samverka med varandra och med andra aktörer vid masskadehändelser.

De prehospitla grupperna behöver också ha tillgång till relevant utrustning som kan tas med till skadeområden eller andra platser där det finns sjuka personer för att säkerställa ett första omhändertagande av patienter. För att nå en likartad grundläggande förmåga till omhändertagande i hela landet bör Socialstyrelsen ta fram nationella rekommendationer om vilken förstärkningsutrustning som minst ska finnas i alla regioner samt vid behov eventuella standarder för dessa. Gemensamma, samordnade upphandlingar bidrar ytterligare till att säkerställa interoperabilitet oavsett om de genomförs av en region för övriga regioner (via fullmakt) eller genom en inköpscentral.

7.1.3 Krisstöd

Bedömning: Beredskap för att snabbt kunna erbjuda krisstöd vid omfattande händelser som påverkar människor negativt behöver finnas i alla kommuner och regioner. Eftersom regionerna och kommunerna har ansvar för olika delar av krisstödet, och krisstödsåtgärder utgår både från hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen, bör planering och organisation av krisstödsverksamhet ske i nära samverkan mellan kommuner, regioner och andra berörda aktörer. Vid händelser som påverkar människor i olika delar av landet bör Socialstyrelsen vid behov verka för samordning även av krisstöd.

Det inträffar för de flesta människor situationer i livet som är svårare att hantera än andra. De flesta klarar av att hantera detta själva eller med stöd av sin familj och sina vänner men ibland räcker detta inte till. Beroende på vilken typ av kris som uppstått kan det behövas professionell hjälp genom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten.

När många människor samtidigt blir berörda av en allvarlig händelse ställer det andra krav. Händelser med t.ex. många svårt skadade eller en katastrof som drabbar människor kan få både fysiska, psykiska och sociala konsekvenser för den enskilde. De psykiska följderna av svårartade händelser, såsom depression, ångest och posttraumatiskt stressyndrom kan leda till svåra hälsoproblem. De sociala följderna kan vara att man förlorat sitt hem eller sin försörjning. Vid komplexa händelser är det inte osannolikt att människor drabbas av både fysiska, psykiska och sociala konsekvenser.

Det är dock inte alla som får en reaktion som innebär att de är i behov av hälso- och sjukvård. Många kan ha behov av att prata med någon, att dela sina tankar och på så sätt kanske undvika hälso- och sjukvård. Andra får kanske inte omfattande direkta reaktioner men utvecklar efter tid en sjukdom som kräver vård. Det är inte rimligt att anta att alla former av stöd i samband med svåra händelser kan ges av hälso- och sjukvårdspersonal. Alla har inte heller behov av det. Det är däremot viktigt att de som behöver sjukvård för att hantera konsekvenserna av sina upplevelser får det. Krisstöd, i olika former, behöver därför finnas i vardagen för enstaka individer som antingen själva drabbats av en svår händelse eller på annat sätt är berörda t.ex. är anhöriga eller vittnen till händelsen. Det kan gälla både krisstöd

inom ramen för hälso- och sjukvårdens verksamhet eller krisstöd i form av omsorgsåtgärder inom ramen för socialtjänstens ansvar. Ofta finns frivilliga försvarsorganisationer till hands för att hjälpa till på kommunens uppdrag eller på eget initiativ. Även Svenska kyrkan och andra trossamfund brukar vid sådana händelser öppna upp för att finnas till hands. Om barn är inblandade ordnas också ofta stöd via skolan, t.ex. genom elevhälsan som också har tillgång till hälso- och sjukvårdspersonal och bedriver sjukvård.

Vid omfattande händelser som ovan räcker inte den ordinarie krisstödsorganisationen till utan det behöver finnas en förmåga att snabbt mobilisera en större krisstödsgrupp som kan prioritera kollektiva insatser, både psykologisk omsorg och praktisk hjälp beroende på händelsens karaktär (jfr förmåga att plötsligt öka kapacitet, surge capacity, i avsnitt 6.1.1.). En svår händelse och följderna av en sådan kan få olika karaktär beroende på antalet kroppsligt skadade och omkomna. Vissa typer av händelser kan innebära ett stort antal överlevande utan några kroppsliga skador. Socialstyrelsen har konstaterat att kunskap om risken att människor på lång sikt kan utveckla kroniska fysiska och psykiska besvär efter svåra upplevelser och vikten av att de drabbade möts på ett anpassat sätt i ett tidigt skede är väletablerad och att det därför måste finnas en god beredskap för sådana händelser i hela landet.¹⁴

Närmare om omfattningen av krisstöd

Socialstyrelsen beskriver krisstöd som medmänskligt, praktiskt, psykologiskt och socialt stöd som olika samhällsinstanser förmedlar i samband med allvarliga händelser.¹⁵ Röda Korset beskriver att krisstöd är ett psykologiskt stöd och en del av vår krisberedskap, som kan rädda liv i akuta situationer och ge kraft till en så meningsfull och normal tillvaro som möjligt på längre sikt.¹⁶ Skillnaden i beskrivningarna är intressant. Socialstyrelsen har ett bredare synsätt som omfattar både hälso- och sjukvård och socialtjänst medan Röda Korset har en mer sjukvårdsbetonad beskrivning. Detta är av stor betydelse för just gränsdragningen mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst.

¹⁴ Socialstyrelsen (2018), *Krisstöd vid allvarlig händelse*, s. 12.

¹⁵ Socialstyrelsen (2018), *Krisstöd vid allvarlig händelse*.

¹⁶ www.rodakorset.se/vad-vi-gor/kris-och-katastrof/krisstod/, besökt 2021-12-08.

Grunden för krisstöd, och för individens förmåga att hantera konsekvenserna av svåra upplevelser, är det informella stödet från exempelvis familj, vänner, arbetskamrater och andra människor som utgör personens naturliga sociala nätverk. Kunskapscentrum i katastrofpsykiatri vid Uppsala universitetet har tagit fram en handbok som beskriver psykologisk första hjälpen, vilket innefattar medmänskligt och praktiskt stöd till drabbade i samband med allvarliga händelser. Psykologisk första hjälp består av både socialt och psykologiskt stöd.¹⁷ Det är inte bara de direkt drabbade, t.ex. överlevande och närstående, som visar olika typer av reaktioner. Andra grupper av indirekt drabbade, som sjukvårdspersonal och annan insatspersonal, kan reagera med olika typer av stressreaktioner. De drabbades behov av stöd kan delas in i perioder: akutfas, mellanfas och långtidsfas. Behoven i de olika faserna skiljer sig åt och förändras också över tid. Fasernas längd beror på händelsens karaktär och de drabbades egen förmåga och möjlighet att bearbeta händelsen, och därför är det svårt att specificera längden av varje fas. En indelning som kan ses som utgångspunkt är: akutfas < 1 vecka, mellanfas 1–4 veckor och långtidsfas ≥ 1 månad efter händelsen. Detta gör att krisstödsinsatser behöver fungera under förhållandevis lång tid.

Samhällets stödsinsatser utgör det formella stödet och kan komplettera det individuella nätverket i stället för att ersätta det. Stödsinsatser från samhället kan vid behov också bistå delar av nätverket så att detta kan fylla sin viktiga funktion. Kunskapsläget om krisstöd har utvecklats under senaste decenniet. De psykologiska reaktionerna hos människor omedelbart efter en svår upplevelse kan i regel betraktas som normala, även om de är plågsamma. Det är situationen och sammanhanget som är onormalt. Huvuddelen av alla som drabbas av svåra påfrestningar kommer att återhämta sig utan kroniska besvär. Målet med krisstödsinsatser är att underlätta återhämtningen samt att identifiera de som behöver stöd över tid. Krisstödsinsatser kräver förberedelser och företrädare betonar vikten av planering, utbildning, övning, utvärdering samt informationshantering. Det finns både nationella och internationella vägledningar och rapporter som vilar på vetenskaplig grund och som kan ge vägledning inom ovanstående områden. En sådan rapport är *Krisstöd vid allvarlig händelse* som publicerades av Socialstyrelsen 2018.¹⁸

¹⁷ Uppsala universitet (2011), *Psykologisk första hjälp* Handbok för stödpersoner.

¹⁸ Socialstyrelsen (2018), *Krisstöd vid allvarlig händelse*.

Regionernas och kommunernas ansvar och arbete avseende krisstöd

Regioner har som uppgift att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, svara för sjuktransporter, och omhänderta avlidna enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Enligt 5 kap. 12 § i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap (SOSFS 2013:22) ska regionerna planera för att kunna erbjuda krisstöd till dem som har drabbats av eller riskerar att drabbas av psykisk ohälsa som en följd av en allvarlig händelse. Regionerna organiserar krisstöd, som all annan verksamhet, på olika sätt. I rapporten *Krisstöd vid allvarlig händelse* beskrivs fördelar med att engagera primärvården i detta arbete. Detta kan vara särskilt aktuellt i glesbygdskommuner där primärvården ofta har god lokalkännedom och därför kan nyttjas på ett optimalt sätt. Det bör även finnas en person i särskild sjukvårdsledning med uppgift att samordna krisstödsinsatser samt vid behov samverka med andra aktörer i samhället.¹⁹

Det saknas en specifik reglering eller någon uttalad skyldighet för kommunerna att bedriva krisstöd. Kommunerna har dock genom 2 kap. 1 § socialtjänstlagen ett långtgående ansvar att genom socialtjänsten i sitt område ansvara för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. Det innebär ingen inskränkning av det ansvar som vilar på andra huvudmän. Bestämmelsen om kommunens yttersta ansvar motsvarar i sak det ansvar som fanns i den numera upphävda socialtjänstlagen (1980:620), dvs. den lag som föregick nu gällande socialtjänstlag. Av förarbetena till bestämmelsen om kommunens yttersta ansvar framgår att ansvaret innebär en skyldighet för kommunen att i samverkan med andra samhällsorgan medverka till att den enskilde får arbete, bereds sjukvård eller får det stöd eller den hjälp som han i övrigt behöver. Med ansvaret följer också en skyldighet för kommunen att tillfälligt ge den enskilde behövlig vård i väntan på att ansvarig huvudman vidtar behövliga insatser.²⁰ Detta innebär enligt utredningen t.ex. skyldighet att genomföra olika former av krisstödsåtgärder.

Som en del av krisberedskapen i en kommun kan det finnas en särskild funktion för krisstöd. Krisstödet kan i det akuta skedet bemöta och stötta personer som har drabbats av en allvarlig händelse

¹⁹ Socialstyrelsen (2018), *Krisstöd vid allvarlig händelse*, s. 40.

²⁰ Proposition om socialtjänsten (prop. 1979/80:1), s. 523.

men som inte omhändertas av sjukvårdens krisberedskap. Funktionen för krisstöd benämns i vissa kommuner som POSOM²¹, vilket står för psykosocialt omhändertagande men som i några delar av landet ändrats till psykosocial omsorg. POSOM-grupperna består ofta av representanter för socialtjänsten, räddningstjänsten och skolan samt resurspersoner från trossamfund, frivilligorganisationer, polis m.fl. Organisationen ser olika ut beroende av exempelvis kommunernas storlek och övrig organisation. MSB ger kurser i ledning av krisstöd och vänder sig till personer som kan ingå i en kommuns eller stadsdels ledningsgrupp för krisstöd.²² Därutöver kan skolan, t.ex. genom elevhälsan spela en viktig roll när händelser också berör barn. Elevhälsan omfattar yrkeskategorier som psykolog och läkare som bedriver hälso- och sjukvård. Kommuner ska också bedriva hälso- och sjukvård enligt vad som anges i 12 kap. HSL. Kommunen får inte ge sådan vård som ska utföras av läkare, dock finns t.ex. inget uttryckligt hinder mot att bedriva hälso- och sjukvård genom psykolog inom kommunens ansvarsområde.

Samverkan mellan aktörer

Det är lätt att utifrån ovanstående se att olika frågor om krisstöd går in i varandra och att många aktörer är berörda. Som beskrevs inledningsvis bedriver även Svenska kyrkan och andra trossamfund krisstödsarbete. Detta lever t.ex. kvar även i militära förband där det finns s.k. militär själavårdspersonal, ofta i form av en bataljonspastor. Pastorn fyller en viktig funktion vid svåra händelser vilket har fått användas många gånger under t.ex. internationella insatser.

Ett förberett samarbete behöver finnas i vardagen som en grund för en ömsesidig förståelse och respekt för varandras roller och arbete vid en händelse som kräver krisstödsinsatser. Erfarenheter har visat på betydelsen av att regioner, kommuner, resursgrupper, trossamfund, med flera samverkar i krisstödsinsatser. De som drabbas av en potentiellt traumatisk händelse har inte bara sina psykiska reaktioner att hantera. Förutom individuellt krisstöd och uppföljning av återhämtningen finns det andra behov, till exempel försäkringsärenden, juridiska ärenden med mera. Praktisk hjälp med sådant kan vara till stor

²¹ Begreppet är under utmönstring men används fortfarande av flera kommuner.

²² www.msb.se/sv/utbildning--ovning/alla-utbildningar/ledning-av-krisstod-posom-for-kommunmedborgare/, besökt 2021-12-13.

hjälp för en del drabbade. Ett sätt att lösa detta är att etablera ett så kallat stöd- och rådgivningscentrum där drabbade kan få hjälp med sina olika behov. Detta genom att drabbade endast behöva ta kontakt med ett stödcenter där de flera av samhällets aktörer är engagerade i händelsen finns samlade på ett ställe. Stödcentrum kan organiseras av kommunernas socialtjänst i samarbete med regioner och övriga aktörer efter behov för exempelvis bedömningar av hälsotillstånd. Upprättade stödcentrum kan utgöra en del av samhällets organisatoriska struktur för krisstöd i akutfasen men även underlätta planeringen för ett effektivt arbete under mellan- och långtidsfasen.²³

Ett exempel på hur aktörer samverkat avseende krisstödsinsatser är det projekt som genomfördes i Stockholms län under åren 2013–2015. I projektet deltog dåvarande Stockholm läns landsting, länsstyrelsen, länets kommuner, polisen, trossamfund och frivilligorganisationer där syftet var att öka förmågan i länet att ge ett samlat psykologiskt och socialt stöd vid en allvarlig händelse.²⁴ Efter detta projekt har samverkan avseende krisstödsinsatser skett kontinuerligt, ett exempel på detta är det stödcenter som upprättades efter attentatet på Drottninggatan år 2017.²⁵

Det är förhållandevis vanligt att vissa frivilligorganisationers medlemmar på olika nivåer deltar vid händelser som kräver krisstödsinsatser. Ett exempel på sådana grupper är Röda Korset, Rädda barnen och Frivilliga resursgruppen, som aktivt bidrog till underhållsinsatser efter skogsbranden i Västmanland sommaren 2014. Dessa grupper ingår ofta i kommunernas krisstödsorganisation och är utbildade inom respektive organisation. Förutsättningarna för att dessa frivilligas insatser ska bli effektiva är att regioner och kommuner har en gemensam planering om hur och när frivilligpersonalen kan engageras. Större företag och organisationer har i dag som regel egna krisstödsorganisationer.

²³ Socialstyrelsen (2018), *Krisstöd vid allvarlig händelse*.

²⁴ Samverkan Stockholmsregionen, *Psykologiskt och socialt stöd vid en allvarlig händelse i Stockholms län, Temaområde – Krisstöd SSR*.

²⁵ Stockholms läns landsting Landstingsstyrelsens förvaltning *Utvärdering av Stockholms läns landstings samlade insatser i samband med attentatet den 7 april 2017*, LS 2017-0649.

Socialstyrelsens roll och pågående regeringsuppdrag

Socialstyrelsen har enligt myndighetens instruktion ett samlat ansvar för att expertis utvecklas och upprätthålls samt att kunskap sprids om katastrofmedicin och krisberedskap inom myndighetens verksamhetsområde. Socialstyrelsen ska också verka för att expertis inom dessa områden står till samhällets förfogande vid kriser och katastrofer.²⁶ Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att ta fram nationella utbildnings- och övningsplaner för katastrofmedicinsk beredskap och civilt försvar. I detta uppdrag ingår att ta fram nationella utbildnings- och övningsplaner för området krisstöd. Uppdraget ska redovisas till Socialdepartementet den 1 oktober 2022.²⁷

Utredningens bedömning

Alla kommuner och regioner behöver ha beredskap för att snabbt kunna erbjuda krisstöd. Eftersom kommuner, regioner och andra aköter är involverade i olika delar av krisstödet bör organisationen av krisstödsverksamheten ske i nära samverkan mellan aktörerna. Det är ett exempel på ett område som bör ingå i sådan gemensam planering mellan kommuner och regioner som utredningen lämnar förslag kring i avsnitt 5.1. Av förarbetena till socialtjänstlagen framgår också att kommunen ska samverka med andra samhällsorgan vad avser socialtjänsten.

När det inträffar händelser med många skadade på någon plats i landet kan de som drabbas och befann sig på platsen vara bosatta i olika delar av landet, eller ha anhöriga på andra platser i landet. Det innebär att krisstöd i ett omedelbart skede kan behöva bedrivas i anslutning till den plats där händelsen ägt rum, men sedan också behöver kunna bedrivas på andra platser i landet. Vid händelser med många skadade som påverkar människor i olika delar av landet kan det finnas behov av nationell samordning av krisstödet. Socialstyrelsen bör vid sådana situationer bistå med kunskapsstöd och verka för nationell samordning av krisstödet.

²⁶ 8 § förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

²⁷ Regeringsbeslut den 24 mars 2021, *Uppdrag till Socialstyrelsen att ta fram nationella utbildnings- och övningsplaner för katastrofmedicinsk beredskap och civilt försvar samt nationell samordning av utbildning och övning*, S2021/02922 (delvis).

7.2 Nationella möjligheter att förstärka hälso- och sjukvårdens förmåga

Det finns i dag inga större mängder förstärkningsresurser för hälso- och sjukvård på nationell nivå. Mycket avvecklades i samband med att det säkerhetspolitiska läget förbättrades under 1990-talet. Andra delar har förts över på regionerna som beskrivits ovan i avsnitt 7.1. På nationell nivå finns i dag stöd med expertkunskap och viss förstärkningsutrustning. Därutöver finns transportresurser hos olika aktörer som under vissa förutsättningar kan användas som stöd åt hälso- och sjukvården. I detta avsnitt beskrivs vilka förstärkningsresurser för hälso- och sjukvården som finns på nationell nivå.

7.2.1 Samverkan och ledning

Vid händelser som får stor påverkan på hälso- och sjukvården kan det behövas stöd av extra stabspersonal med erfarenhet av samverkan och ledning. MSB har en förstärkningsresurs för stöd till samverkan och ledning, förkortat FSOL, som består av personer med bred erfarenhet och kunskap inom krishantering och syftar till att förstärka aktörens egen ledningsförmåga. FSOL är tänkt att kunna bistå centrala myndigheter, länsstyrelser, regioner, kommuner och räddningstjänster. FSOL kan bistå med bland annat stöd till stabchef vad gäller upprättande, planering och genomförande av verksamheten i en stab, utformning och anpassning av en ledningsorganisation för hantering av en händelse, stöd i olika stabsfunktioner samt stöd till kriskommunikation och sambandsledning.²⁸

7.2.2 Statliga beredskapslager för hälso- och sjukvård

Bedömning: Socialstyrelsen behöver tillsammans med kommuner och regioner skapa förutsättningar för att dessa kan ha insyn i vilka möjligheter till förstärkning som finns genom myndigheten.

²⁸ Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) (2020), *MSB:s förstärkningsresurser – ett stöd när de regionala resurserna inte räcker till*, s. 21.

Beredskapslager av sjukvårdsutrustning

Utredningen har i det tidigare betänkandet *En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården*²⁹ närmare beskrivit den historiska lagerhållningen av olika sjukvårdsprodukter och utrustning. Kortfattat kan sägas att Socialstyrelsen, och före det andra myndigheter, sedan 1950-talet haft ett uppdrag att tillhandhålla olika beredskapslager för hälso- och sjukvården. Lagren var som mest omfattande runt mitten på 1990-talet. När det säkerhetspolitiska läget i omvärlden förbättrades följde en rad neddragningar i den nationella lagerhållningen. Från mitten av 2000-talet är lagren helt inriktade på vård av traumapatienter. Lagren innehåller förutom förbrukningsartiklar även en del varaktig utrustning t.ex. vårdplatsutrustning, kirurgiska instrument, medicinteknisk utrustning, elverk, skadeplatsutrustning och konventionskydd som är viktiga delar i förstärkningen av vårdens kapacitet.³⁰

Socialstyrelsen gjorde år 2018 en utredning av lagrens innehåll och användbarhet. Socialstyrelsen identifierade då att en fördjupad utredning är nödvändig för att bland annat lämna förslag på nyinvesteringar. Myndigheten ansåg även att beredskapslagren bör bedömas utifrån de gränssättande faktorer och dimensionering som kartläggs för akutsjukvården inom ramarna för totalförsvarsplanering.³¹

Under utbrottet av covid-19 köpte Socialstyrelsen in ytterligare medicinteknisk utrustning, bl.a. respiratorer, och personlig skyddsutrustning som kunde användas för att förstärka kommuner och regioner. Delar av Socialstyrelsens äldre beredskapslagrade vårdplatsutrustning och medicintekniska utrustning användes också vid de fältsjukhus som sattes upp i Region Stockholm, Västra Götalandsregionen och Region Skåne.

Utredningen lämnade i delbetänkandet *En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården* (SOU 2021:19) förslag till en ny lag om lagerhållning av sjukvårdsprodukter, där bl.a. bestämmelser om innehåll i statliga säkerhetslager ingår. Utredningen föreslog också ett system för försörjningsberedskap med bestämmelser i lag om kommuners och regioners lagerhållning, omsättningslagring av produkter som används i vardagen och en process för att bestämma vad som bör finnas i statliga säkerhetslager.³²

²⁹ En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19), s. 303 ff.

³⁰ A.a., s. 311 ff.

³¹ Socialstyrelsen (2018), *Översyn av Socialstyrelsens beredskapslager* (dnr 10.3-4974/2018).

³² Se särskilt avsnitt 9.7.2 i *En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården* (SOU 2021:19).

Innehållet i Socialstyrelsens lager är okänt för regionerna

Regionerna saknar i dag närmare kännedom om vilken utrustning som beredskapslagras nationellt eftersom innehållet i lagren inte kommuniceras. Regionerna kan därför varken planera för att kunna använda resurserna och inte heller på ett effektivt sätt efterfråga dem.

MSB har vissa nationella förstärkningsresurser som är avsedda att användas när de kommunala och regionala resurserna inte räcker till. Dessa redovisas öppet för att det ska finnas kunskap om att resurserna finns att tillgå, var de finns och även kontaktuppgifter för hur dessa kan efterfrågas av aktörerna. Uppgifter om dessa förstärkningsresurser finns på MSB:s webbplats och i en broschyr som riktar sig till kommuner och regioner.³³

Utredningen förstår att det kan finnas ett behov av att skydda vissa uppgifter av betydelse för Sveriges säkerhet. Sådana behov måste dock vägas mot nyttan av att berörda aktörer har kunskap om vilken utrustning som finns. Alla uppgifter behöver inte heller finnas tillgängliga på webben eller i en tryckt broschyr. Det går att förmedla information på andra sätt eller att delge information på olika abstraktionsnivåer. För att kommuner och regioner ska kunna planera sin beredskap (se avsnitt 5.1), och i detta arbete ta hänsyn till nationella resurser, måste dessa i relevanta delar vara kända för åtminstone ett fåtal personer i kommuner och regioner som genomför planeringen. En annan ordning är naturligtvis att regionerna inte ska känna till sådan information och först när ett resursunderskott konstaterats eventuellt få kännedom att det finns hjälp att få. Det finns dock enligt utredningen skäl att tro att en sådan ordning kan fördröja insatser och på så sätt hota liv och hälsa. En annan aspekt är att kommuner och regioner inte kan bibehålla kunskap om handhavande för utrustning som de inte känner till. Det kan leda till både fördröjningar i utrustningens användning och patientsäkerhetsrisker.

Sjukvårdens förmåga att hantera CBRN-händelser³⁴ beskrivs i avsnitt 6.5, inklusive behovet av förstärkningsresurser. Laboratorieverksamheten beskrivs nedan i avsnitt 7.2.5.

³³ Förstärkningsresurser (msb.se), samt Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2020): *MSB:s förstärkningsresurser – ett stöd när de regionala resurserna inte räcker till* (publ.nr. MSB1061).

³⁴ Med begreppet CBRN avses kemiska, biologiska, radiologiska och nukleära ämnen.

7.2.3 Kunskapsstöd

Socialstyrelsen har medicinska expertgrupper

Bedömning: Socialstyrelsen bör tydliggöra i vilken mån regioner kan vända sig till och nyttja de medicinska expertgrupperna i specifika frågor avseende deras expertkunskaper.

Socialstyrelsen hade i november år 2020 tre medicinska expertgrupper som ska stödja myndigheten vid vissa händelser. Det handlar om medicinsk expertgrupp för händelser med radionukleära ämnen, medicinsk expertgrupp för händelser med kemiska ämnen samt en katastrofmedicinsk expertgrupp. För en bakgrund om gruppernas tillkomst och reglering, se även avsnitt 9.4. Personal som ingår i de medicinska expertgrupperna arvoderas för den tid då de arbetar på uppdrag av myndigheten. Grupperna ska inte förväxlas med katastrofmedicinska centrum eller Socialstyrelsens vetenskapliga råd (se vidare 9.4).

Medicinsk expertgrupp för händelser med radionukleära ämnen

Socialstyrelsens medicinska expertgrupp för händelser med radionukleära ämnen, förkortat RN-MeG, består av 12 läkare, som är specialister inom onkologi, strålningsmedicin och nukleärmedicin. Till gruppen adjungeras även fysiker från Strålsäkerhetsmyndigheten, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap samt från Totalförsvarets forskningsinstitut, i det följande förkortat FOI. Planer finns även att utöka gruppen med en läkare eller fysiker från Försvarsmakten. Gruppens ska bl.a. vara en stödfunktion i Socialstyrelsens krisledningsorganisation och delta i framtagna av underlag till Regeringskansliet vid händelser med radionukleära ämnen. Gruppen ska även kunna lämna råd vid mindre omfattande händelser, ta fram riktlinjer för undersöknings- och behandlingsmetoder samt medicinska prioriteringar vid händelser med radionukleära ämnen. Vad utredningen erfar är RN-Meg en känd funktion i de län där det finns kärnkraftverk. Gruppen ska också genomföra omvärldsbevakning inom ämnesområdet och rapportera detta till Socialstyrelsen, dels omgående om uppgiften anses brådskande, dels vid gruppens möten. Gruppens medlemmar kan också vid behov stödja Socialstyrelsen i olika utredningsuppdrag

som syftar till att skapa riktlinjer för hälso- och sjukvårdens agerande vid allvarliga händelser med strålning eller radionukleära ämnen.

Medicinsk expertgrupp för händelser med kemiska ämnen

Socialstyrelsens medicinska expertgrupp för händelser med kemiska ämnen, förkortat C-MeG, består av sju läkare inom specialistområden som anestesi och intensivvård, lungmedicin, arbetsmiljömedicin, neurologi, läkare från Giftinformationscentralen samt representant från FOI. Gruppens uppdrag är i stort identiskt med RN-MeG men med ansvar för området kemiska ämnen. I gruppen finns för närvarande också två läkare som är utbildade för att stödja Världshälsoorganisationen och Organisationen för förbud mot kemiska vapen, förkortat OPCW, i deras operativa arbete.

Katastrofmedicinsk expertgrupp

Socialstyrelsens katastrofmedicinska expertgrupp, förkortat KM-MeG, är en grupp läkare som inledningsvis ingick i den myndighetsgemensamma stödstyrkans bedömningsenhet (se nedan avsnitt 7.4). Efter att uppgifterna i stödstyrkan avvecklats valde Socialstyrelsen att behålla gruppen som en egen medicinsk expertgrupp och gruppens uppdrag är likalydande med ovanstående grupper. Gruppen består i nuläget av åtta läkare inom olika specialiteter som kirurgi inkl. trauma, anestesi och intensivvård, psykiatri, infektionssjukvård samt en läkare från vardera av C- och RN-MeG. I Socialstyrelsens inledande arbete under utbrottet av covid-19 har flera från denna grupp deltagit som stabsläkare och stöd i Socialstyrelsens särskilda organisation.

Utredningens bedömning

Vad utredningen erfar är expertgruppernas uppdrag och ansvar tämligen okänt för regionerna och andra samverkande aktörer, och det är oklart om och i så fall hur regioner och kommuner kan nyttja denna expertkompetens. Det går inte heller att finna någon information om funktionerna på Socialstyrelsens webbsida. Utredningen anser därför att uppdraget för de medicinska expertgrupperna bör kommuni-

ceras tydligare. Det bör även klargöras i vilken mån regioner kan vända sig till och nyttja de medicinska expertgrupperna i specifika frågor.

7.2.4 Socialstyrelsens nationella förstärkningsresurs för traumavård

Bedömning: Förstärkningsresursen kan vara lämplig som stöd vid planerade stora evenemang eller liknande, där gruppering i förväg är möjlig eller för övning och träning. Att kunna flytta och gruppera enheten för att bedriva akut vård då ett stort akut skadeutfall redan inträffat framstår som mindre sannolikt.

I den projektrapport som Försvarmakten och Socialstyrelsen gemensamt tog fram år 2017 *Totalförsvarets sjukvårdssystem* beskrivs en förmågeutveckling som förväntas skapa förutsättningar för en sammanhållen planering inom hälso- och sjukvårdsområdet ur ett totalförsvarsperspektiv.³⁵ Socialstyrelsen har sedan rapportens framtagande bland annat köpt in utrustning för en nationell förstärkningsenhet med målet att kunna stödja civila vårdinrättningar vid händelser med stora skadeutfall. Förstärkningsresursen har finansierats med 2:4-medel och köpts in genom Försvarets materielverk. Resursen bygger på samma principer som Försvarmaktens modulbyggda fältsjukhus för att öka möjligheten till samgruppering och samarbete med landets försvarsmedicinska resurser.

Förstärkningsenheten är framtagen för att kunna omhänderta svåra traumafall; svår fysisk skada som kräver omedelbara kvalificerade medicinska åtgärder för överlevnad. Liv- och extremitetsräddande kirurgi samt efterföljande vård inför medicinsk evakuering kan genomföras och patienter med akut behov av vård ska kunna tas emot i begränsad omfattning sex timmar efter ankomst till grupperingsplats. Förstärkningsresursen ska kunna verka i full omfattning efter 12 timmar.

³⁵ Försvarmakten och Socialstyrelsen (2017): *Totalförsvarets sjukvårdssystem* (dnr Försvarmakten 2016-16189:15, Socialstyrelsen 11.1-30361/2017).

Socialstyrelsen saknar egen vårdpersonal

Socialstyrelsen saknar egna personella resurser för att bedriva vård i förstärkningsresursen. Det finns därför ett stort beroende till regioner och andra vårdgivare. Efter förfrågan från Socialstyrelsen har regionerna nominerat personal som uppfyller de av myndigheten uppsatta kompetenskraven. Under pandemin har arbetet med att utveckla förstärkningsresursen pausats, men utbildning och övning för de personer som ska ingå organisationen återupptogs under hösten år 2021. Socialstyrelsen avser nu skriva avtal med berörda.

För att kunna möta de höga medicinska målsättningar som framgår ovan behöver personalen ha en hög beredskap. Det innebär att de med kort varsel behöver kunna lämna sitt ordinarie arbete och transporteras över hela Sveriges yta. Personalen är vad utredningen erfar inte heller rekryterad från en region utan för enhetens funktionalitet behövs personer som är spridda över landet.

Utredningens bedömning

En kvalificerad nationell förstärkningsenhet med den höga medicinska målsättning som beskrivs ovan kan, trots kort grupperingstid, enligt utredningen svårligen flyttas och grupperas i efterhand då ett stort antal skadade redan uppstått. De vårdbehov som enheten förväntas ta hand om är av mycket akut karaktär. Eftersom enheten är nationell behöver den vid en insats transporteras till den plats där den ska grupperas, upprättas, personal tillföras och därefter kan vården påbörjas. Detta tar tid, sannolikt minst ett till flera dygn, och under den tiden behöver patienterna få akut vård. Det är utredningens bedömning att enheten därför endast lämpar sig för sådan användning då den i förväg kan transporteras till, och grupperas på, en plats där man kan förvänta sig ett framtida stort skadeutfall, till exempel som en förstärkningsresurs vid en hög hotbild i anslutning till ett större evenemang, vid ett statsbesök eller liknande. Motsvarande resonemang gäller för Försvarsmaktens fältsjukhus. De grupperas i förväg, i anslutning till ett geografiskt område, där man förväntar sig ett större skadeutfall.

För att fylla en funktion som förstärkningsresurs för akut traumavård då en händelse redan har inträffat krävs en mycket snabbgrupperad enhet som kan förvaras regionalt eller lokalt, (se resonemang i avsnitt 7.1.2). Utöver att gruppera den ovan nämnda enheten i för-

väg för traumavård ser utredningen vissa andra möjligheter som kan behöva utredas ytterligare. Förstärkningsresursen kan t.ex. lämpa sig väl för utbildning och övning av civil personal att arbeta under mer fältmässiga förhållanden, både vad avser de medicinska ingreppen och för att svetsa samman team. Utredningen ser också att enheten eventuellt kan användas vid utdragna händelser med stora skadeutfall som uppstår under en längre tid eller för eftervård av ett fåtal patienter vid vårdplatsbrist. Vad utredningen förstår är resursen dock primärt utrustad för avancerad traumavård. Under del av pandemin har tält och utrustning grupperats i anslutning till Helsingborgs lasarett för att utöka IVA-kapaciteten i regionen. Vad utredningen erfar användes enheten aldrig.

7.2.5 Förstärkningsresurser för laborieverksamhet

Bedömning: Det finns behov av att stärka hälso- och sjukvårdens förmåga att upprätthålla en god kapacitet avseende analyser och sjukdomsövervakning vid skador och sjukdomsutbrott i vardagen, vid frestida kris såväl som vid höjd beredskap och i krig. En sådan åtgärd är att satsa på förstärkningsresurser för olika typer av laboratorieanalyser. Sådana satsningar behöver ta sin grund i en bedömning av vilken laborieförmåga som behövs och vem som ska bygga upp densamma.

Förslag: Folkhälsomyndigheten ska få i uppdrag av regeringen att genomföra en analys av vilka statliga förstärkningsresurser för laboratorieanalys som behöver finnas och vilken eller vilka aktörer som bör bygga upp dessa. Analysen bör omfatta både kemiska, biologiska och radiologiska analyser och genomföras i samverkan med Livsmedelsverket, SVA, Försvarmakten samt regionernas laboratorienätverk.

Laborieverksamhet är i dag en komplex verksamhet. Möjligheterna att effektivt analysera prover kräver tillgång till både utrustning, kvalificerad personal, processer och rutiner. Det är också skillnad på att kunna utföra enstaka analyser av okända ämnen och att på rutinbasis analysera tusentals prover på kort tid. Olika typer av analyser ställer olika krav på säkerheten i laboratoriet, där mikrobiolo-

giska analyser av högsmittsamma patogener utgör den högsta säkerhetsklassen. Analysverksamhetens art ställer därmed olika krav på verksamheten. Det är därför viktigt att det finns en grundläggande bedömning av vilka analyser som ska genomföras t.ex. om det handlar om en snabb taktisk analys av ett pulver för att veta dess innehåll (misstänkt mjältbrandsbakterie), en analys av vad som drabbat en förgiftad svårt sjuk patient (misstänkt nervgasförgiftning eller radioaktivitet) eller om det handlar om rutinanalys av smitta med ett virus i en hel befolkning.

Flera myndigheter bedriver analysverksamhet

Flera olika myndigheter bedriver analysarbete som har eller kan ha betydelse för hälso- och sjukvården. Folkhälsomyndigheten är den mest centrala för hälso- och sjukvårdsverksamheten men även andra myndigheter bedriver omfattande analysarbete och samverkan mellan myndigheterna är stor. Försvarsmakten har förmåga att genomföra vissa analyser men framför allt Totalförsvarets forskningsinstitut, i det följande förkortat FOI, har resurser för analys av CBRN-relaterade ämnen. Livsmedelsverket har resurser att utföra analyser för att kontrollera livsmedel och vatten medan Statens veterinärmedicinska anstalt, i det följande förkortat SVA, analyserar prover från djur och följer smittspridningen bland djur. SVA har under utbrottet av covid-19 hemställt hos regeringen om ett särskilt uppdrag att få analysera humana prover. Detta beviljades och myndigheten har hittills analyserat över en kvarts miljon prover. Detta är enligt utredningen ett utmärkt exempel på hur olika myndigheter med befintliga resurser kan stödja andra aktörer och som bidrar till ett robust samhälle. Utöver myndigheterna finns naturligtvis även privata aktörer som på uppdrag utför olika analyser som kan vara relevanta för hälso- och sjukvården.

Folkhälsomyndigheten förfogar över vissa förstärkningsresurser och har bl.a. möjlighet att stödja med laboratorieutrustning för mikrobiologiska analyser vid internationella insatser. Även om de övriga myndigheterna inte har dedikerade förstärkningsresurser kan de, om möjlighet och kompetens finns, stödja med analysarbete. Folkhälsomyndigheten har laborieresurser som kan hantera farliga smittämnen i säkerhetsnivå klass 3 och 4.

FOI har flera laboratorier och med förmåga att hantera och analysera högttoxiska kemikalier, infektiösa sjukdomsframkallande organismer, radioaktiva prover och kombinationer av dessa olika ämnen. Inom myndigheten finns bl.a. ett säkerhetslaboratorium som kan hantera farliga smittämnen upp till säkerhetsnivå klass 3 och ett laboratorium för högttoxiska ämnen.³⁶

Myndighetsgemensamma projekt

Folkhälsomyndigheten, Forsvarsmakten, Livsmedelsverket, SVA och FOI bedriver inom ramen för sina respektive uppdrag laboratorieverksamhet som är samhällsviktig och behöver upprätthållas även vid höjd beredskap och krig. Denna förmåga behöver upprätthållas även i händelse av att den ordinarie laboratorieplatsen är satt ur funktion eller inte är tillgänglig. Myndigheterna behöver därför kunna utföra prioriterad laboratorieverksamheten på annan plats. Inom ramen för ett pågående myndighetsgemensamt projekt, finansierat av 2:4-medel, har myndigheterna tagit fram behovsanalyser av vilken diagnostisk förmåga som respektive myndighet ska kunna upprätthålla under störda förhållanden samt vid höjd beredskap och krig. Projektet syftar till att skapa en mobil myndighetsgemensam nationell laboratorie-förmåga.

Regionerna ansvarar för sina egna analyser

Regionerna ansvarar själva för både de klinisk kemiska och mikrobiologiska analyser som behövs för sjukvården. Regionerna ansvarar också för analyser i smittspårningssyfte. Det är därför i första hand regionerna som ska ha kapacitet och planera för att kunna bedriva analyser till stöd för sjukvårdsverksamheten vid situationer med många sjuka eller i höjd beredskap och krig. Coronapandemin har visat på att det finns ett behov av att se över hur den mikrobiologiska verksamheten kan skalas upp och stödja hälso- och sjukvården. Inte minst utifrån behovet av att snabbt införa nya analyser och att skala upp dessa. I Coronakommissionens delbetänkande beskrivs bl.a. att pan-

³⁶ Laboratoriet uppfyller Arbetsmiljöverkets krav för arbete med riskklass 3-organismer enligt AFS 2005:1. Säkerhetslaboratoriet – Totalförsvarets forskningsinstitut – FOI, besökt 2021-10-27, samt Laboratoriet för högttoxiska ämnen – Totalförsvarets forskningsinstitut – FOI, besökt 2021-10-27.

demin har visat att det kan finnas ett behov av storskalig diagnostik på en nivå som det före pandemin varken fanns insikt om eller beredskap för.³⁷

För att uppnå en minskad sårbarhet, ökad effektivitet samt en hållbar och jämlik mikrobiologisk verksamhet för hälso- och sjukvården har Folkhälsomyndigheten tillsammans med Sveriges Kommuner och regioner ingått en överenskommelse om ett laboratorienätverk inom smittskydd och mikrobiologi. Inom ramen för nätverket samverkar aktörerna bl.a. kring vilka aktörer som ska genomföra vilka analyser. Exempelvis föreslås nationella referenslaboratorier för sådana analyser som är mindre vanligt förekommande eller mer komplexa.³⁸

Utredningens överväganden

Utredningen bedömer att det kan finnas behov av att stärka hälso- och sjukvårdens förmåga att upprätthålla en god kapacitet avseende analyser och sjukdomsövervakning vid skador och sjukdomsutbrott i vardagen, vid fredstida kris såväl som vid höjd beredskap och i krig. En sådan åtgärd kan vara att satsa på förstärkningsresurser för olika typer av laboratorieanalyser. Sådana satsningar behöver ta sin grund i en analys av vilken laboratorieförmåga som behövs och vem som ska bygga upp densamma. En sådan analys bör kunna genomföras av de myndigheter som deltar i projektet om gemensamma laboratorieresurser i samverkan med laboratorienätverket. Det är utredningens uppfattning att en sådan genomlysning bör omfatta såväl behoven av kemisk, radiologisk och mikrobiologisk analys även om utredningen bedömer att det i första hand är förmågan till mikrobiologisk analys som kommer behöva förstärkas. Utredningen föreslår att regeringen ger Folkhälsomyndigheten i uppdrag att ansvara för genomförandet av en sådan analys. Skälen till det är att Folkhälsomyndigheten har en etablerad samverkan med regionerna inom ramen för det laboratorienätverk inom smittskydd och mikrobiologi som har etablerats. Folkhälsomyndigheten ingår också tillsammans med Livsmedelsverket, SVA, FOI och Försvarsmakten i det myndighetsgemensamma projektet kring laboratoriekapacitet. Folkhälsomyndigheten är också den av dessa myndigheter som är föreslagen att ingå i beredskapssek-

³⁷ Sverige under pandemin, Volym 1 Smittspridning och smittskydd (SOU 2021:89) s. 271.

³⁸ Folkhälsomyndigheten (2016): *Svenskt laboratorienätverk inom mikrobiologi*.

torn hälsa, vård och omsorg, om den införs i enlighet med förslaget från Utredningen om civilt försvar. Sammantaget anser utredningen att det av flera anledningar är lämpligt att Folkhälsomyndigheten får i uppdrag att, i nära samverkan med övriga nämnda aktörer, analysera behovet av statliga förstärkningsresurser för laboratorieanalyser.

7.2.6 Förstärkningsresurser för sjuktransporter

Svenska nationella ambulansflyget (SNAM)

Bedömning: Svenska nationella ambulansflyget, som nu är avvecklat, utgjorde en försäkring och fyllde en funktion vid sjuktransport och evakuering av ett större antal skadade svenskar internationellt. Vid nationella ambulanstransporter finns i dag andra effektiva alternativ tillgängliga.

I och med att SNAM är avvecklat behöver behovet av en förmåga på nationell nivå till medicinsk evakuering ses över. Det bör ske i samverkan mellan berörda myndigheter som MSB, Socialstyrelsen, Försvarmakten samt Utrikesdepartementet. Vid en sådan översyn kan det göras en närmare analys av behovet och beakta alternativa lösningar.

Svenska nationella ambulansflyget, i det följande förkortat SNAM, var en statlig förstärkningsresurs som fanns mellan år 2005–2021. Luftfartsstyrelsen³⁹ fick inledningsvis huvudmannskapet för SNAM, men från och med år 2011 övertogs det av MSB. Myndigheten anmälde på regeringens uppdrag år 2016 SNAM till EU:s frivilliga resurspool, European Emergency Responce Capacity.⁴⁰

SNAM har använts i sin helhet endast en gång och då i samband med attentaten i Bombay år 2008. Därutöver deltog delar av personalstyrkan vid evakuering av svenska medborgare från kriget i Libanon år 2006. SNAM har inte efterfrågats nationellt och inte heller inom EU. Under utbrottet av covid-19 har SNAM inte utnyttjats, trots stora behov av omfördelning av svårt sjuka patienter mellan regioner

³⁹ Luftfartsstyrelsen uppgick år 2009 i Transportstyrelsen varvid Transportstyrelsen mellan år 2009 och 2011 hade huvudmannskapet.

⁴⁰ Regeringsbeslut den 3 mars 2016 II:3, *Uppdrag till Myndigheten för samhällsskydd och beredskap att anmäla Svenska nationella ambulansflyget till EU:s frivilliga resurspool*, dnr Ju2016/01954/SSK.

inom landet och inom EU. Dialog har skett med såväl Socialstyrelsen som EU:s civilskyddspool.

Enligt 14 a § förordningen (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap anges fortfarande att myndigheten ska upprätthålla en beredskap för att besluta om och genomföra luftburna sjuktransporter med SNAM. Det anges att beslut om att aktivera resursen tas av MSB i samråd med Socialstyrelsen men innan MSB beslutar om en insats ska myndigheten informera Regeringskansliet (Justitiedepartementet) om de åtgärder som myndigheten avser att vidta. SNAM kunde endast aktiveras under förutsättning att insatsen finansierades av någon annan än MSB, t.ex. en region, och att nödvändiga resurser inte fanns att tillgå på annat sätt.

SNAM använde ett civilt passagerarflygplan som på sex timmar kunde byggas om till ambulansflygplan genom att säten lyfts ut och ersattes av anpassad medicinsk utrustning. Om flygplanets syrgasförråd användes fullt ut var räckvidden maximalt 3 000 km vilket i princip innebär att man kunde flyga från Arlanda till Nordafrika.⁴¹ SNAM kunde samtidigt evakuera fyra intensivvårdspatienter, 6–12 lättare skadade patienter och 15–20 gående patienter eller anhöriga.⁴² Beredskapen upprätthölls genom avtal med Region Västerbotten och SAS. Region Västerbotten var vårdgivare, hade det medicinska ansvaret under transporten och bemannade flygplanet med särskilt utbildad medicinsk personal. SAS tillhandahöll flygplan och dess personal. MSB:s ansvar var att förvalta resursen samt ombesörja den operativa hanteringen. MSB betalade årligen 3,1 miljoner kronor till aktörerna för att upprätthålla beredskapen.

Framtiden för SNAM är oklar

SAS har påbörjat en omställning av flygplansflottan som innebär att nuvarande flygplan inte är kvar i drift. Bolaget har därmed sagt upp avtalet med MSB vilket medfört att MSB sagt upp avtalet med Region Västerbotten. Beredskapen med SNAM avslutades därför vid årsskiftet 2021/2022.

⁴¹ Flygplanets faktiska räckvidd var runt 5 700 km då det inte används för sjuktransport med maximal syrgasanvändning.

⁴² Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2016): *Svenska nationella ambulansflyget – SNAM* (publ.nr. MSB1008).

MSB har framfört till regeringen att behovet av medicinsk evakueringsförmåga behöver utredas på nytt. Bytet av flygplan innebär att ett nytt koncept behöver tas fram och i samband med det behöver en ny upphandling genomföras. Inför ett sådant eventuellt nytt koncept och upphandling anser MSB att en ny behovsanalys behöver göras. En sådan analys behöver beakta om Sverige ska ha en framtida nationell förmåga avseende medicinsk evakuering, utöver den regionala, samt om den i sådana fall ska riktas mot fredstida behov och ett närmare samarbete inom EU (inklusive konsulära behov) eller mot behov under höjd beredskap. Även huvudmannskapet för resursen bör behandlas samt på vilket sätt en ny resurs bör finansieras.⁴³

MSB lyfter också fram att regionerna under de senaste åren, genom bl.a. inrättandet av Kommunalförbundet Svenskt Ambulansflyg i det följande förkortat KSA, stärkt sin egen förmåga att genomföra sjuktransporter av svårt sjuka patienter med flygplan. Förbundet har köpt in sex flygplan som kommer att driftsättas under år 2022. Varje flygplan har möjlighet att transportera upp till tre samtidigt liggande patienter eller sju sittande passagerare. Kabinen är utrustad som en mindre intensivvårdssal och kan anpassas efter patienternas behov. Räckvidden för flygplanet beror av flygplanets konfiguration.⁴⁴ Den faktiska räckvidden under sjuktransport är inte känd för utredningen. Regionernas kapacitet blir ändå betydligt bättre än då SNAM skapades år 2005. Samtidigt har de flygplan som köpts in av kommunalförbundet inte samma transportkapacitet eller faktisk räckvidd som de stora kommersiella flygplanen.

SNAM har varit en förmåga enbart för fredstida kriser och enligt nuvarande inriktning en resurs knuten till övriga EU-länder och således inte anpassad för de behov och förutsättningar som gäller under höjd beredskap. Det kan också ifrågasättas om det över huvud taget går att förlita sig på säkra flygtransporter i händelse av krig i Sverige eller i Sveriges närområde.

⁴³ Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, *Skrivelse till regeringen angående framtidens evakueringsförmåga vid katastrofmedicinska händelser*, 2021-06-03, dnr 2009-13562.

⁴⁴ Pilatus, *The super versatile jet air ambulance PC-24* (PIL-CH 0820B). www.pilatus-aircraft.com/data/document/Pilatus-Aircraft-Ltd-PC-24-AirAmbulance.pdf, besökt 2021-11-30.

Försvarmaktens har behov av sjuktransporter till Sverige i samband med internationella insatser

Försvarmakten bedriver över tid flera insatser med militär personal utomlands, både i form av mindre insatser med enstaka individer och större insatser upp till bataljons ram (cirka 1 000 till 1 500 personer). När Försvarmaktens personal skadas i samband sådana internationella insatser får de ett akut omhändertagande på plats i det land de befinner sig men transporteras sedan hem till Sverige för fortsatt vård, så kallad repatriering. Försvarmakten löser sådana transporter på olika sätt vid olika tillfällen beroende på vilka resurser som finns tillgängliga, men främst genom avtal med olika aktörer t.ex. regioner och de ambulansflyg som regionerna har upphandlat. Dessa har förmåga till direktflyg på längre sträckor. Det förekommer också viss internationell samverkan kring sådana transporter. SNAM har hittills inte använts för transporter av skadade svenska soldater men skulle ha kunnat användas för Försvarmaktens behov vid t.ex. ett större skadeutfall. Det är dock ett kostsamt alternativ i förhållande till andra ambulansflyg och SAS har av säkerhetsskäl ibland bedömt att man inte har möjlighet att landa på platser där Försvarmakten verkar. Försvarmakten har nu inlett en upphandling av en resurs som kan utföra sjuktransporter hem för deras räkning i länder där de bedriver insatser. En sådan upphandling väntas vara klar i början av år 2022.

Utredningens överväganden

SNAM togs fram i början av 2000-talet genom ett omfattande arbete som tog många år. Sedan resursen skapades har den endast använts vid ett tillfälle. SNAM var precis som all krisberedskap en försäkring. SNAM tog tid att aktivera och det fanns ingen personal som var i ständig beredskap för verksamheten. Det var också ett kostsamt alternativ för en region att använda sig av i förhållande till andra privata ambulansflyg.

Fördelen med SNAM var att det hade kapacitet att ta flera patienter samtidigt, fler än t.ex. de mindre flygplan som KSA köper in. Samtidiga transporter av flera intensivvårdspatienter skapar dock i sig en logistisk utmaning både på avsändar- och mottagarplats där motsvarande antal ambulanser behöver lämna av och möta upp på flyg-

platsen. Att vid en händelse med många svårt skadade eller sjuka avdelas flera ambulanser för transporter till flygplatser får stor påverkan på övrig prehospital sjukvård i landet. De ambulansresurser som krävs för transporter till och från flygplatserna, samt de patientsäkerhetsrisker som är förenade med varje omlastningsmoment, gör att det i de flesta situationer finns andra mer effektiva lösningar. Fördelarna med att transportera intensivvårdspatienter direkt från sjukhus till sjukhus med helikopter, utan omlastningar in- och ut ur ambulanser och in- och ut ur flygplan är en sådan omständighet.

Kommuner och regioner bygger nu upp en egen förmåga att transportera svårt sjuka patienter nationellt med en helt annan tillgänglighet än SNAM. De flygambulanser som regionerna kommer att få tillgång till i KSA kommer att vara bemannade och i beredskap alla dagar dygnet runt men de kommer att kunna ta ett mindre antal patienter än SNAM. Vid nationella händelser med ett större antal skadade kan det finnas fördelar med flera mindre flygplan som kan ta ett fåtal intensivvårdspatienter åt gången och fördela till olika regioner och sjukhus i landet.

Varken SNAM eller KSA kan genomföra långa internationella flygningar utan mellanlandning när patienter vårdas. Räckvidden begränsas dels av flygplanets egen räckvidd, dels av vilken räckvidd under vilken det är möjligt att t.ex. bedriva intensivvård utan att behöva fylla på syrgas. För SNAM är räckvidden under maximal medicinsk ansträngning ungefär till Norra Afrika (cirka 3 000 km). För KSA är det mer oklart. Klart är dock att den flygräckvidd SNAM hade, om man bortser från den medicinska förmågan, var längre än KSA.

Med anledning av den situation som uppstått med byte av flygplansflotta och som påverkar SNAM har MSB påtalat behovet av en ny översyn av behoven av medicinsk evakuering. Samtidigt upphandlar Försvarsmakten en resurs som kan utföra sjuktransporter hem för deras räkning i länder där de bedriver insatser. MSB har en överenskommelse med Försvarsmakten om att få avropa flygningar från Försvarsmaktens resurs vid behov. Om båda myndigheterna har behov samtidigt är det störst behov av vård som avgör vem som går först.

Utredningen bedömer att de behov av flygambulans som finns nationellt kan lösas med de resurser som KSA kommer förfoga över och att en funktion som SNAM därmed fyller en mycket begränsad roll nationellt. Fler mindre resurser ger en stor flexibilitet och tillgängligheten på resursen är hög. Även vid ett omfattande skadeutfall

kan den samlade resursen väl motsvara SNAM:s förmåga att transportera svårt skadade patienter. Nationellt finns andra sätt att tillgodose behovet av att transportera lätt skadade patienter.

Enligt utredningens bedömning kan däremot en motsvarighet till SNAM fylla en funktion vid evakuering av en större mängd skadade svenskar utomlands. Även om det krävs mellanlandningar möjliggjorde SNAM en förmåga att evakuera både svårt sjuka eller skadade patienter och mindre skadade hem till Sverige i vid samma tillfälle. Sådana situationer kan vara till exempelvis vid en händelse som flodvågskatastrofen i Sydostasien år 2004. SNAM har dock ingen praktisk användning i vardagen och kan därmed sägas utgöra en form av försäkring för det fall en större händelse i utlandet skulle äga rum med många skadade svenskar. Ytterst behöver det göras en avvägning av huruvida det är motiverat att avsätta de ekonomiska resurser som krävs för att upprätthålla en beredskap att evakuera svårt skadade svenska medborgare internationellt med beaktande av att detta aldrig inträffat sedan resursen tog i bruk. Utredningen delar MSB:s bedömning att behoven av förmågan på nationell nivå till medicinsk evakuering behöver ses över i samverkan mellan berörda myndigheter, utöver MSB t.ex. även Socialstyrelsen och Försvarsmakten samt Utrikesdepartementet. Vid en sådan översyn kan det göras en närmare analys av behovet av medicinsk evakuering och beakta alternativa lösningar, t.ex. vilka möjligheter andra länder eller EU har att stödja Sverige i samband med att ett behov uppstår. Även möjligheterna till samordning med Försvarsmakten bör beaktas och i vilken grad KSA med mellanlandningar kan bidra till internationella medicinska evakueringar.

Andra aktörer kan ibland bistå hälso- och sjukvården med transportresurser

Bedömning: Försvarsmakten och Sjöfartsverket har i vissa situationer möjlighet, men ingen skyldighet, att stödja den civila hälso- och sjukvården. Även andra aktörer, som t.ex. Sjöräddningssällskapet, kan i vissa fall bistå hälso- och sjukvården med transporter. Sådant bistånd är begränsat till situationer när det inte allvarligt påverkar de andra aktörernas ordinarie verksamhet. Det är därför viktigt att kommuner och regioner planerar för att i första hand med egna eller avtalade resurser upprätthålla de skyldigheter som åvilar dem.

För att på ett effektivt sätt kunna nyttja stödet från Försvarsmakten och Sjöfartsverket när sådana möjligheter finns behöver kommuner, regioner, Försvarsmakten och Sjöfartsverket ha rutiner på plats och ha genomfört gemensamma övningar.

Flera statliga myndigheter, privata aktörer och ideella föreningar har tillgång till transportmedel som vid behov skulle kunna användas för att bistå hälso- och sjukvården såväl i vardagen som vid händelser med många skadade eller sjuka. Nedan beskrivs de aktörer som bedöms ha mest utvecklad samverkan med regionerna kring sjuktransporter.

Försvarsmaktens transportresurser

Försvarsmaktens huvuduppgift är att försvara Sverige mot ett väpnat angrepp.⁴⁵ Försvarsmakten ska även med myndighetens befintliga förmåga och resurser kunna lämna stöd till civil verksamhet.⁴⁶ Sådant stöd får lämnas enligt vad som anges i förordningen (2002:375) om Försvarsmaktens stöd till civil verksamhet, ofta kallad *stödförordningen*, lagen (2003:778) om skydd mot olyckor (LSO), lagen (2006:343) om Försvarsmaktens stöd till polisen vid terrorismbekämpning samt förordningen (2017:113) om Försvarsmaktens stöd till polisen med helikoptertransporter. Försvarsmakten har rätt att ta ut avgift för sådant stöd utom vad avser stöd som lämnas enligt LSO, 3 § stödförord-

⁴⁵ 1 § förordningen (2007:1266) med instruktion för Försvarsmakten.

⁴⁶ 2 § sista stycket i ovan nämnda författning.

ningen eller förordningen (2017:113) om Försvarsmaktens stöd till polisen med helikoptertransporter.

Försvarsmaktens stöd till den civila sjukvården utgår i huvudsak ifrån stödförordningen. Försvarsmakten ska vid livshotande situationer där omedelbar transport är avgörande för behandlingen av skadade eller sjuka personer, utföra transporter med helikopter på begäran av sjukvårdshuvudman genom flygräddningscentralen.⁴⁷ Försvarsmakten får även på begäran i andra fall lämna stöd till bl.a. kommuner och regioner.⁴⁸ Försvarsmakten får lämna stöd enligt ovan endast om Försvarsmakten har resurser som är lämpliga för uppgiften och det inte allvarligt hindrar Försvarsmaktens ordinarie verksamhet eller dess medverkan enligt lagen (2003:778) om skydd mot olyckor.⁴⁹ Vid begäran om stöd är det Försvarsmakten som bestämmer om stöd ska lämnas eller inte.^{50,51}

Ovanstående innebär att Försvarsmakten kan stödja den civila sjukvården med helikoptertransporter vid t.ex. situationer med många svårt skadade eller sjuka.

Sjöfartsverkets transportresurser

Sjöfartsverket ansvarar för sjuktransporter i samband med sjöräddningstjänst.⁵² Sjöfartsverket har utöver detta enligt myndighetens instruktion i uppdrag att vid livshotande situationer där omedelbar transport är avgörande för behandlingen av skadade eller sjuka personer, utföra transporter med helikopter på begäran av sjukvårdshuvudman, om verkets resurser är lämpliga för uppgiften och det kan ske utan allvarligt hinder mot dess ordinarie verksamhet eller dess medverkan enligt lagen (2003:778) om skydd mot olyckor.⁵³ Bestämmelsen är utformad på motsvarande sätt som för Försvarsmakten.

De resurser som Sjöfartsverket kan bistå den civila hälso- och sjukvården med är främst transport i räddningshelikoptrar, men även vid behov i lotsbåtar. Det är myndigheten själv som avgör om det finns

⁴⁷ 3 § förordningen (2002:375) om Försvarsmaktens stöd till civil verksamhet.

⁴⁸ 4 § i ovan nämnda författning.

⁴⁹ 6 § förordningen (2002:375) om Försvarsmaktens stöd till civil verksamhet.

⁵⁰ 13 § i ovan nämnda författning samt

⁵¹ Samhällets säkerhet och beredskap (prop. 2001/02:158), s. 63.

⁵² 4 kap. 3 § lagen (2003:778) om skydd mot olyckor samt 4 kap. 8 § förordningen (2003:789) om skydd mot olyckor.

⁵³ 2 § 3 förordning (2007:1161) med instruktion för Sjöfartsverket.

utrymme att bistå sjukvårdshuvudmännen. Regionernas samverkan med Sjöfartsverket i samband med statlig räddningstjänst behandlas vidare i kapitel 11.

Sjöräddningssällskapets transportresurser

Sjöräddningssällskapet är en ideell förening som utmed Sveriges kuster och i Sveriges största sjöar kan delta i sjöräddningsinsatser. Organisationen har 74 räddningsstationer och fler än 260 räddningsenheter längs kusterna och i de största sjöarna. 2 300 frivilliga sjöräddare är beredda att rycka ut, dygnet runt, året om. Sjöräddningssällskapet finansieras huvudsakligen via medlemsavgifter från de 131 000 medlemmarna, gåvor och donationer samt testamenten.

Sjöräddningssällskapet har avtal med flera regioner om att, utöver den rena sjöräddningsverksamheten, vid behov även genomföra sjuktransporter åt regionerna. Sjöräddningssällskapet utför mot betalning ett stort antal transporter per år för regionernas räkning. Enlig föreningen motsvarar cirka 6 procent av föreningens kostnader sjuktransportverksamhet.

Utredningens bedömning avseende andra aktörers transportresurser

De begränsningar som framgår ovan innebär att regionerna inte med självklarhet kan påräkna stöd av Försvarsmakten och Sjöfartsverket. Detta innebär att regionerna måste planera för att i första hand själva klara de åtaganden de har enligt gällande rätt att utföra sjuktransporter, antingen med egna resurser eller med resurser som säkerställs via avtal (se vidare avsnitt 11.1.1). Däremot kan det vid händelser med många skadade eller sjuka patienter under vissa förutsättningar finnas möjlighet att få begränsad hjälp av andra aktörer som t.ex. Försvarsmakten och Sjöfartsverket. Vid händelser i sjö- eller havsmiljö är även Sjöräddningssällskapet en viktig samverkansaktör för regionerna.

En utökad samverkan mellan Försvarsmakten, Sjöfartsverket och regionerna innebär en ökad kännedom om varandras verksamheter. Det ger sannolikt förbättrade rutiner för samverkan som ökar förutsättningarna för gott samarbete både i kris och vid höjd beredskap och krig. Samverkan under coronapandemin har bidragit till bättre kunskap på båda sidor om möjligheter och begränsningar när det gäller

stödverksamheten. Ytterligare samövning och säkerställande av att det finns upparbetade och fungerande rutiner vid begäran och beslut om stöd är en förutsättning för effektiva stödåtgärder.

Förstärkningsorganisation för sjuktransporter saknas

I händelse av krig fanns tidigare särskilda krigsorganiserade resurser, sjukvårdsenhet-86, för sjuktransporter till lands. Resursen har beskrivits i utredningens första delbetänkande.⁵⁴ Enheten stärkte regionernas sjuktransportorganisation, verksamheten vid omlastningsstationer och akut omhändertagande av skadade. Enheten krigsorganiserades av det dåtida civillförsvaret. Under mobilisering lydde enheten under civilförsvarschefen i kommunen där den krigsorganiserades för att efter utgångsgruppering på beredskapssjukhus eller primärvårdsanläggningar verka enligt dåvarande landstingens bestämmande.

Varje enhet bestod av 22–28 undersköterskor vars uppgifter var att utföra sjuktransporter, med buss och bil, upprätta och bemanna 1–3 uppsamlingsplatser för skadade samt arbeta på skadeplats genom att biträda sjukvårdsgrupper. Enheten skulle också upprätta och bemanna en omlastningsstation, vårda och transportera upp till 60 liggande patienter, samt för övrigt kunna medverka i hälso- och sjukvården inom lämpliga områden.⁵⁵ En begränsning i den dåtida organisationen var att den endast kunde användas i höjd beredskap eftersom den byggde på krigsplacerade och mobiliserade resurser vilket endast kan ske med stöd av särskild lagstiftning. För att en motsvarande resurs ska kunna användas även vid situationer då höjd beredskap inte råder krävs andra lösningar.

Socialstyrelsen har i uppdrag att ta fram förslag till en modern nationell förstärkningsorganisation för sjuktransporter

Socialstyrelsen har efter utredningens förslag i det första delbetänkandet fått i uppdrag av regeringen att ta fram förslag till en modern nationell förstärkningsorganisation för sjuktransporter vid fredstida kriser och krig. Regeringen konstaterar i uppdraget att i krig kommer ambulanser med stor sannolikhet att vara hårt belastade med trans-

⁵⁴ Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning (SOU 2020:23).

⁵⁵ Statens Räddningsverk, *Sjukvårdsenhet-86*, beställningsnummer U18-065/87.

porter från skadeplats till olika vårdinrättningar. Till detta tillkommer andra akuta tillstånd, t.ex. hjärtinfarkter, som kräver ambulanstransporter. Det behövs därför komplement till ambulanser som kan transportera färdigbehandlade eller mindre skadade patienter. Socialstyrelsen ska därför i samverkan med regionerna och Försvarmakten ta fram förslag till hur en modern nationell förstärkningsorganisation för sjuktransporter vid fredstida kriser och krig kan utformas. Uppdraget ska redovisas senast den 1 september år 2022. Utredningen bedömer att det är av stor vikt att en sådan samordnad förstärkningsorganisation tas fram.

7.2.7 Prioritering av statliga verksamheter

Bedömning: Regeringen behöver förbereda en ordning som möjliggör en prioritering av statliga resurser mellan olika verksamheter i situationer då samhällets resurser inte räcker till och det av gällande rätt inte redan framgår att stöd kan ges.

Det kan uppstå situationer med stora påfrestningar på samhället där det finns önskemål om att en statlig myndighet ska bistå andra myndigheter, kommuner eller regioner med olika resurser, t.ex. transporter. Möjligheterna till stöd kan, som har framgått av avsnitten ovan, ibland vara avhängiga om huruvida det påverkar myndighetens ordinarie verksamhet. Det kan då finnas behov av att en aktör på högre nivå, t.ex. regeringen, snabbt kan ta ställning till vilka verksamheter som ska vara högst prioriterade när resurserna inte räcker till. Om t.ex. Försvarmakten eller Sjöfartsverket ska bistå sjukvårdshuvudmännen med resurser i en omfattning som medför att myndigheterna inte längre kan klara att upprätthålla sin ordinarie verksamhet behöver det beslutas på regeringsnivå. Exempel på sådana situationer har aktualiserats under coronapandemin utan att någon central aktör har "dömt av" vilka behov som ska vara högst prioriterade.

Utredningen anser att regeringen behöver förbereda en ordning som möjliggör en prioritering av statliga resurser mellan olika verksamheter i situationer då samhällets resurser inte räcker till och det av gällande rätt inte redan framgår att stöd kan ges.

7.3 En nationell sammanställning av förstärkningsresurser

Bedömning: Regionerna bör åläggas en skyldighet att rapportera in vilka förstärkningsresurser för hälso- och sjukvård de förfogar över, var dessa är placerade och vilken kapacitet de har.

Socialstyrelsen ska ansvara för en nationell sammanställning av regionernas förstärkningsresurser för hälso- och sjukvård. Sådana sammanställningar ska även omfatta statliga förstärkningsresurser.

Socialstyrelsen bör också skapa forum där regionerna kan samverka för att skapa samordning där bl.a. förstärkningsresurser både i ett före och under perspektiv kan diskuteras. Sådana forum kan samordnas med andra behov.

Som framgått tidigare kan alla regioner inte rimligtvis ha en beredskap som innebär att man med egna resurser tar höjd för alla tänkbara situationer eller har resurser att hantera händelser i extremt stor omfattning. För att skapa en kostnadseffektiv beredskap behöver regionerna vid hanteringen av händelser med många samtidigt skadade eller svårt sjuka ta hjälp av varandra. Så sker redan i dag. Om en region har behov av stöd, t.ex. med förstärkningsresurser, tar oftast regionens tjänsteman i beredskap initial kontakt med närliggande regioner och med Socialstyrelsen.

Efter diskussion med landets regioner erfar utredningen att dessa saknar kännedom om varandras förstärkningsresurser och om vilka resurser som finns hos staten. Det saknas en nationell sammanställning med information om var förstärkningsresurserna är placerade och vad resurserna består av. En sammanställning av tillgängliga förstärkningsresurser skulle underlätta planeringen före och hanteringen under en händelse med många svårt skadade eller sjuka, även under höjd beredskap och krig.

Utredningen anser att en nationell sammanställning av vilka resurser som finns och som är särskilt framtagna i syfte att förstärka hälso- och sjukvården i olika sammanhang skulle underlätta både regionernas och statens planering. Sådana sammanställningar kan, beroende bl.a. på sammanställning och detaljeringsgrad, vara skyddsvärda och behöva omfattas av viss sekretess enligt t.ex. 15 kap. 2 § offentlighets- och sekretesslagen (försvarssekretess) eller 18 kap. 13 § offent-

lighets- och sekretesslagen (risk- och sårbarhetsanalyser för fredstida krissituationer). Därmed kan de i delar behöva hanteras i enlighet med bestämmelser i säkerhetsskyddslagen (2018:585). Det kan inte uteslutas att det kan finnas viss särskild förmåga som endast ska delges en mycket begränsad krets. Detta torde dock enligt utredningen inte gälla för merparten av resurserna. Syftet med förstärkningsresurserna är att skydda människors liv och hälsa samt ytterst att rädda liv. Sekretess tjänar inte sitt syfte i ett allmänt perspektiv om det leder till att de förmågor som finns inte kommer till användning och att det i sin tur leder till att människors liv hotas. En sammanställning av resurser och att de ska kunna vara tillgängliga för regionerna betyder inte heller att de med automatik ska publiceras öppet. Det behöver alltid göras en värdering av skyddsvärdet och till vem och i vilken form informationen kan delges. I och med att planeringen av civilt försvar återupptagit bygger nu regionerna upp förmåga att hantera säkerhetsklassificerad information.

Utredningen anser att Socialstyrelsen, som föreslagen sektorsansvarig myndighet, bör ansvara för en sammanställning av de förstärkningsresurser som finns på hälso- och sjukvårdsområdet i Sverige. Regionerna ska därmed åläggas en skyldighet att rapportera in vilka förstärkningsresurser de förfogar över till myndigheten. En sådan sammanställning bör även omfatta statliga resurser som är avsedda för ändamålet, t.ex. Socialstyrelsens egna resurser men kan även omfatta resurser från t.ex. Folkhälsomyndigheten och Försvarsmakten. En samlad bild underlättar även Socialstyrelsens arbete som nationell kontaktpunkt vid internationell hjälp avseende hälso- och sjukvård. Utredningen vill här särskilt framhålla att det finns resurser som är av betydelse för smittskydd och hälsohot och som när angränsar till behovet av att utföra vård. För sådana resurser som kan finnas vid regioner, Folkhälsomyndigheten, Livsmedelsverket, SVA samt FOI behöver sektorn komma överens om vem som bäst förvaltar sådana uppgifter. Det bör dock finnas en allmän kunskap inom beredskapssektorn om vad som finns.

Regionernas rapportering bör utgöra en del av den rapportering av lägesbilder som utredningen föreslår i avsnitt 4.3. och 5.3

Utredningen föreslår att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få besluta om skyldighet för kommuner eller regioner att lämna hjälp till varandra. Beslut om hjälp ska grunda sig på en samlad bedömning av omständigheterna och om att hjälp ska

lämnas får fattas om det kan antas att en hjälpbehövande kommun eller region saknar förutsättningar att ordna tillräcklig hjälp på egen hand (se avsnitt 5.3). Vid en sådan bedömning av hjälpbehov blir rapporteringen av regionernas förstärkningsresurser ett underlag för beslut. Det gäller även prehospitla förstärkningsgrupper, CBRN-händelser och för andra händelser. Regionerna behöver därför lämna uppgift till myndigheten om vilka resurser som finns i respektive region.

7.4 Hälsa- och sjukvård som en del av svenska insatser utomlands

Stödstyrkan är en speciellt utbildad och övad insatsstyrka som vid kriser eller katastrofer utomlands med kort varsel ska kunna stödja utlandsmyndigheter och Utrikesdepartementet med att bistå drabbade personer med anknytning till Sverige.

Stödstyrkan är en för flera myndigheter och organisationer gemensam resurs. I stödstyrkan ingår MSB, Socialstyrelsen och Polismyndigheten, samt Svenska kyrkan, Röda Korset och Rädda barnen. Personalen från Svenska kyrkan och Rädda barnen är vid en insats anställd av MSB och rekryteras utifrån sin särskilda kompetens. Röda Korsets personal är ansluten till stödstyrkan genom ett särskilt samarbetsavtal mellan MSB och Röda Korset.

Inom ramen för det egna myndighetsansvaret bemannar och leder varje myndighet sin egen insatspersonal och ansvarar för sitt eget sektorsområde.

Stödstyrkan är flexibel och sätts samman utifrån de behov som finns i den specifika situationen. Stödstyrkans uppgifter vid en kris- eller katastrofsituation kan bl.a. vara att hjälpa drabbade med information, krisstöd och sjukvård, att genomföra rekognoseringar, att bedöma behovet av ytterligare stöd från Sverige och att förmedla en lägesbild.

MSB är den sammanhållande aktören och samordningen vid en insats sköts av MSB:s insatschef. Beslut om att stödstyrkan ska sättas in fattas av MSB:s generaldirektör, efter anmodan av Utrikesdepartementet.⁵⁶ Socialstyrelsen har lednings- och samordningsansvar för hälso- och sjukvårdsfrågor.

⁵⁶ Lag om konsulära katastrofinsatser (prop. 2009/10:98), s. 17.

Stödstyrkan kan skickas som en del i en konsulär katastrofinsats enligt lagen (2010:813) om konsulära katastrofinsatser. Det är i så fall regeringen som beslutar att en konsulär katastrofinsats ska genomföras.⁵⁷

Beredskapen med stödstyrkan bygger på att det under myndigheternas ansvar finns ett tillräckligt stort antal utbildade personer med rätt kompetens samt lämplig utrustning och materiel att tillgå. Målsättningen är att en första stödgrupp ska kunna lämna Sverige med kort varsel. Om behovet är stort kan fler personer och andra funktioner aktiveras.

Insatser med stödstyrkan har bl.a. genomförts under den arabiska våren i Egypten och Libyen år 2011, efter stormen Haiyan i Filippinerna år 2013 och efter jordbävningen i Nepal år 2015.⁵⁸ Stödstyrkan har också bistått Utrikesdepartementet vid hemtagningar av personer från Wuhan i Kina våren år 2020 samt vid evakuering från Afghanistan år 2021.⁵⁹

7.4.1 Hälso- och sjukvårdsinsatser utomlands

Som framgår ovan kan stödstyrkan vid behov omfatta resurser som kan utföra hälso- och sjukvård. Det är regionerna som har sådana resurser som behövs för att tillhandahålla katastrofmedicinska insatser. Den s.k. lokaliseringsprincipen i 2 kap. 1 § kommunallagen (2017:725) medför hinder för regionen att tillhandahålla hälso- och sjukvård utanför regionens område om det inte finns rätt till det enligt lag. För att det ska vara möjligt för regionerna att, i annan form än som bistånd, bedriva hälso- och sjukvård utanför Sverige finns därför en särskild lag, lagen (2008:552) om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands.⁶⁰

Av 1 § lagen om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands framgår att vid insatser till stöd för utlandsmyndigheter och nödställda i en situation då många människor med anknytning till Sverige drabbas av en allvarlig olycka eller katastrof i utlandet, får en region bedriva hälso- och sjukvård utomlands i syfte att minimera

⁵⁷ 4 § lagen (2010:813) om konsulära katastrofinsatser.

⁵⁸ www.msb.se/sv/amnesomraden/msbs-arbete-vid-olyckor-kriser-och-krig/forstarkningsresurser/stodstyrkan/, besökt 2021-10-51.

⁵⁹ www.msb.se/sv/aktuellt/avslutade-handelser-och-insatser/msbs-stod-vid-evakueringen-fran-afghanistan/, besökt 2021-12-01.

⁶⁰ Katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands (prop. 2007/08:138), s. 20.

de fysiska och psykiska följdverkningarna av olyckan eller katastrofen (katastrofmedicinska insatser). Av 1 a § framgår att även insatser till stöd för andra än de som har anknytning till Sverige omfattas sedan år 2015 genom ett tillägg i lagen.

Insatser med stöd av lagen är inte enbart katastrofmedicin

Det ska redan här noteras att utredningen inte delar uppfattningen om att det med nödvändighet är katastrofmedicinska insatser som regioner med stöd av lagen ska genomföra utomlands. Begreppet katastrofmedicin implicerar att det finns ett resursunderskott och att normala kvalitetskrav inte kan upprätthållas, se vidare avsnitt 4.1.2. Trots den olyckliga rubriceringen av lagen är bestämmelserna i den dock utformade så att de uttrycker behovet av att bedriva hälso- och sjukvård, utan avgränsning, *då människor drabbas av en allvarlig olycka eller katastrof i utlandet*.⁶¹ Det är sannolikt så att det i många fall kan handla om att det finns ett resursunderskott, men det är inte självklart att så är fallet eller att normala kvalitetskrav inte kan upprätthållas. Vad utredning erfar kan det även finnas behov av basal sjukvård och psykosocialt omhändertagande vid mindre insatser för att bistå drabbade personer med anknytning till Sverige. Utredningen anser därför att det kan finnas skäl att se över terminologin i lagen om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands.

Vissa regioner ska upprätthålla beredskap för katastrofmedicinska insatser utomlands

Beredskap för *katastrofmedicinska insatser* ska upprätthållas av regionerna i Stockholms, Västra Götalands, Skåne, Östergötlands, Uppsala och Västerbottens län. Övriga regioner får upprätthålla sådan beredskap.⁶²

Socialstyrelsen ska, i nära samverkan med övriga berörda myndigheter och organisationer, göra sådana förberedelser att styrelsen inom sitt område, i en situation då en katastrofmedicinsk insats ska genomföras utomlands, med kort varsel kan stödja utlandsmyndigheter och

⁶¹ 1 a och 2 §§ lagen (2008:552) om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands där det framgår att med hälso- och sjukvård avses i denna lag detsamma som i 2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

⁶² 6 § lagen (2008:552) om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands.

nödställda.⁶³ Socialstyrelsens uppgifter utomlands inbegriper inte något ansvar i egenskap av vårdgivare eller verksamhetschef. De regioner som bidrar med hälso- och sjukvårdspersonal får i egenskap av sjukvårdshuvudmän och vårdgivare anses ha ett sedvanligt arbetsgivaransvar för den personal som de ställt till förfogande för insatser utomlands.⁶⁴

MSB beslutar om insats, Socialstyrelsen leder

Beslut om att inleda eller avsluta katastrofmedicinska insatser utomlands fattas av MSB.⁶⁵ En katastrofmedicinsk insats kan, men behöver inte, vara en del i en större insats med stödstyrkan. En katastrofmedicinsk insats kan också, men behöver inte, ske som en del i en konsulär katastrofinsats.⁶⁶

Även om MSB fattar beslut om insatsen så är det Socialstyrelsen som, i nära samverkan med övriga berörda myndigheter, ska leda och samordna de katastrofmedicinska insatserna och får i övrigt besluta om hur regionernas resurser ska användas vid sådana insatser.⁶⁷

Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter om katastrofmedicinska insatser utomlands

Socialstyrelsen har med stöd av lagen utfärdat föreskrifter om katastrofmedicinska insatser utomlands.⁶⁸ Dessa återfinns i 8 kap. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.

Av föreskrifterna framgår att de regioner som är ålagda att upprätthålla beredskap för katastrofmedicinska insatser utomlands ska säkerställa att de på Socialstyrelsens uppdrag med kort varsel kan tillhandahålla personal och materiel för sådana insatser. Personalen ska ges också möjlighet att delta i utbildningar och övningar för svenska insatser utomlands.⁶⁹ Av föreskrifterna framgår också att regioner

⁶³ 3 § förordningen (2008:553) om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands.

⁶⁴ Katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands (prop. 2007/08:138), s. 31.

⁶⁵ 2 § förordningen (2008:553) om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands.

⁶⁶ Lag om konsulära katastrofinsatser (prop. 2009/10:98), s. 34.

⁶⁷ 5 § lagen (2008:552) om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands.

⁶⁸ 5 § förordningen (2008:553) om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands.

⁶⁹ 8 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.

som har krav på ersättning för kostnader som är direkt hänförliga till katastrofmedicinska insatser utomlands eller till beredskap för sådana insatser ska ställa dessa till Socialstyrelsen.⁷⁰

7.4.2 Utmaningar med nuvarande beredskap

Den nuvarande beredskapen för att genomföra hälso- och sjukvårdsinsatser utomlands svarar i dag inte upp mot de krav som ställs. Det finns ett antal utmaningar som behöver lösas.

Det saknas krav på resurser i beredskap för katastrofmedicinska insatser utomlands

I propositionen som föregick lagen om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands angav regeringen att det fanns ett behov av nationell samordning. Socialstyrelsen skulle därför bemyndigas att få utfärda föreskrifter för att den katastrofmedicinska beredskapen skulle få en samordnad inriktning, även avseende t.ex. den kompetens och den materiel som kan behövas för insatserna. Socialstyrelsen skulle också få träffa överenskommelser med regionerna om de närmare villkoren för den beredskap som skulle upprätthållas. Beredskapen förutsattes anpassas till det behov som bedöms föreligga avseende t.ex. personal, uthållighet och flexibilitet.⁷¹ Några sådana dimensionerande krav som regeringen efterfrågade har aldrig tagits fram och finns vare sig i föreskrifterna eller i några andra dokument som utredningen kunnat finna.

I förarbetena anges också att för att kunna tillhandahålla katastrofmedicinska insatser bör en region ha vidtagit vissa förberedande åtgärder och ha en beredskap för att med kort varsel sända hälso- och sjukvårdspersonal utomlands. För att säkerställa en viss grundnivå när det gäller regionernas beredskap på området ansåg regeringen att vissa regioner ska vara skyldiga att planera sin hälso- och sjukvård så att en beredskap för katastrofmedicinska insatser utomlands kan upprätthållas. Regeringen ansåg att det i regionernas avtal med den personal som önskar utföra katastrofmedicinska insatser utomlands

⁷⁰ 8 kap. 2 § i ovan nämnda föreskrift.

⁷¹ Katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands (prop. 2007/08:138), s. 34.

bör regleras exempelvis frågor om ekonomisk ersättning, försäkrings-skydd och jourtjänstgöring.⁷²

Regeringen ansåg vidare att eftersom samtliga regioner ges möjlighet att göra insatser enligt lagen torde rekryteringsunderlaget vara tillräckligt stort för att behoven av sjukvårdspersonal för insatser utomlands ska kunna tillgodoses utan att kraven på en god vård på hemmaplan åsidosätts. Regeringen gick inte vidare in på frågor om hur beredskapen i regionerna närmare borde organiseras utan utgick från att regionernas fortsatta planering genomfördes i nära samverkan med Socialstyrelsen, bl.a. när det gäller kompetenskrav samt utbildning av den personal som ska engageras.⁷³

Utredningen kan konstatera att det saknas tydliga överenskommelser mellan Socialstyrelsen och regionerna om vilka resurser som ska finnas tillgängliga. Det saknas också avtal om insatser mellan regionerna och enskilda individer och det sker ingen utbildning av sådan personal (se även avsnitt 11.4).

Inga medel för förberedelser betalas ut till regionerna

En region har rätt till ersättning av staten för kostnader som är direkt hänförliga till katastrofmedicinska insatser som regionen har utfört enligt lagen. De regioner som ska upprätthålla beredskap för katastrofmedicinska insatser utomlands har rätt till ersättning av staten för kostnader som är direkt hänförliga till sådan beredskap. Detsamma gäller övriga regioner efter överenskommelse med Socialstyrelsen om att sådan ersättning ska lämnas.⁷⁴

Regeringen avsatte i budgetpropositionen för år 2008–2009 sex miljoner kronor per år för merkostnader, bl.a. löne- och administrativa kostnader, som deltagande regioner får med kraven att ha en insatsberedskap för katastrofmedicinska insatser. Från år 2010 beräknades den årliga kostnaden för att vidmakthålla systemet till tre miljoner kronor. Regeringen bedömde att dessa belopp även skulle täcka Socialstyrelsens ökade kostnader till följd av förslagen i propositionen.^{75,76} Medlen tillfördes Socialstyrelsens förvaltningsanslag.

⁷² A.a., s. 35.

⁷³ A.a., s. 34–35.

⁷⁴ 7 § i ovan nämnda författning.

⁷⁵ Budgetproposition för året 2007/08, utgiftsområde 9 anslag 13.6 (prop. 2007/08:1), s. 45.

⁷⁶ Katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands (prop. 2007/08:138), s. 41.

Regeringen har vidare angett att eftersom regionerna enligt hälso- och sjukvårdslagen ska planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls, och att regioner för detta ändamål fått visst bidrag för vissa merkostnader inom det katastrofmedicinska området kan de resurser som har byggts upp för att hantera händelser som inträffar i Sverige också kan användas vid allvarliga olyckor och katastrofer utomlands.⁷⁷ Regeringen menade med detta att det inte fanns behov av omfattande investeringar i särskild utrustning för internationella insatser. Utredningen kan konstatera att regionerna förvisso fick viss ersättning kopplat till det dåvarande kravet på sjukvårdsgrupper men kravet finns inte längre kvar och inte heller stora delar av den utrustning som köptes in (se vidare nedan).

Vad utredningen erfar har inte regionerna begärt eller fått ersättning för kostnader för beredskap kopplad till stödstyrkan sedan åtminstone år 2010. Om stödstyrkan skickas iväg på insatser utomlands har regeringen angett att de kostnader som regionerna får för katastrofmedicinska insatser i utlandet får regleras i efterhand och ersättas av staten.⁷⁸ Detta har regionerna också fått ersättning för i de fall insatser har genomförts samt för genomförda utbildningar och övningar.

Omständigheterna har ändrats sedan lagen tillkom

Regeringen angav i propositionen att de resurser som, med stöd av kravet om katastrofmedicinsk beredskap i 7 kap. 2 § HSL, har byggts upp för att hantera händelser som inträffar i Sverige också kan användas vid allvarliga olyckor och katastrofer utomlands.

Vid den tidpunkt när lagen kom till hade samtliga sjukvårdshuvudmän system för att kunna skicka ut s.k. sjukvårdsgrupper till en skadeplats för katastrofmedicinska insatser inom Sverige (se vidare 7.1.2). Regeringen tog här varken höjd för att dessa grupper och deras utrustning till viss del är anpassade för svenskt klimat och svenska förhållanden eller att utrustning som ska flygtransporteras till andra länder kan behöva vara lätt och mindre skrymmande. De katastrofvagnar som regionerna först fick låna och senare övertagit från Socialstyrelsen ansågs av regionerna även för svenska förhållanden för otympliga. Regeringen vägde inte heller in att om resurser som är avsedda

⁷⁷ A.a., s. 41.

⁷⁸ Katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands (prop. 2007/08:138), s. 41.

för beredskap på hemmaplan flyttas till andra länder får det antas påverka beredskapen i Sverige negativt.

Staten hade också vid tidpunkten genom Socialstyrelsen en betydligt större samordnande roll inom hälso- och sjukvårdens krisberedskap än den har haft under senare år. Socialstyrelsen hade i många år, i samverkan med sjukvårdshuvudmännen, genomfört utbildningsinsatser för att säkerställa att denna personal var adekvat utbildad och övad. Socialstyrelsen hade vidare genomfört ett omfattande utbildningsprogram för läkare och sjuksköterskor i traumatologi. Fram till år 2003 utbildades 22 olika traumateam som rekryterats i regionerna. I samband med tsunamikatastrofen år 2004 rekryterades tio team på kort tid vilka stod i beredskap för transport till Thailand. Sjukvårdshuvudmännen fick då också årligen bidrag för att utbilda och öva personal på regional och lokal nivå inom området krisberedskap.⁷⁹

I dag finns inte längre krav på att regionerna ska ha sjukvårdsgrupper som kan skickas ut på skadeplats, det finns ingen statlig finansiering av utrustning till sådana grupper eller av utbildning för dem. Socialstyrelsen erbjuder inte heller längre utbildningar i katastrofmedicin eller traumatologi (se vidare kapitel 9). Eftersom det saknas specifika krav och flera regioner i dag har avvecklat extrautrustning för att verka i ett skadeområde saknas det även utrustning att användas nationellt, vilket medför att möjligheterna att bidra med utrustning vid insatser utomlands är mycket begränsade. I den mån regionerna har utrustning bygger det på regionala beslut och specifikationer. Att sätta samman detta för internationella insatser utan planering och övning är en utmaning.

De strukturer i regionerna, och den statliga finansiering och samordning av utbildning och övning inom området, som var avsedd att ligga till grund för de internationella sjukvårdsinsatserna finns helt enkelt inte längre kvar. Det innebär i praktiken att det endast finns ett fåtal utbildade och övade personer från regionerna att skicka ut. I praktiken finns därmed inte längre den beredskap på plats som lagen utgår från.

⁷⁹ A.a., s. 34.

En insatsberedd resurs kräver personal i beredskap

Att skapa en ordning för och utbilda personal som ska kunna frigöras från sina ordinarie arbetsuppgifter med kort varsel är utmanande för alla arbetsgivare. En utpekad person i beredskap som snabbt ska kunna tas i anspråk för andra uppgifter kan inte under beredskapen låsas upp i uppgifter som de inte kan frigöras från. Att vara nåbar och gripbar är därmed förenat med en kostnad. Anspänningstiden, dvs. tid från larm till dess man ska vara på angiven plats, är avgörande för vilken kostnad beredskapen medför. En ständig beredskap innebär för arbetsgivarna att personalen behöver ha uppgifter under beredskapstiden som kan avslutas eller anstå. För att vårdproduktionen ska kunna fortgå, och beroende av inställelsetid och tidsåtgång för uppdraget, behöver därmed sannolikt grundbemanningen utökas genom att mer personal anställs. Den som står i beredskap med mycket kort inställelsetid kan till exempel inte genomföra en utdragen och komplicerad operation. Samtidigt är de personer som ofta efterfrågas i dessa sammanhang just personer inom de opererande specialiteterna samt anesthesi och intensivvård. Därutöver finns ett behov av att ersätta personalen under den tid de inte arbetar om de även under denna tid ska vara i beredskap.

Vilka möjligheter till flexibilitet som finns för en arbetsgivare eller för personens fritid är avhängigt av vilka respons- eller inställelsetider som önskas. Ersättningen måste också anpassas efter detta, både till den region som står för beredskapen och till den enskilde.

Kostnaden för att avsätta resurser i beredskap är densamma oavsett om resursen används eller inte. Däremot tillkommer kostnader för resor, traktamaneten och eventuella risktillägg när resursen används. Den faktiska kostnaden för användningen av en resurs, den så kallade alternativkostnaden, är vad man hade fått ut av samma resurs i en alternativ användning. Om en viss resurs ständigt står i beredskap kommer den alternativa kostnaden ackumulerat över en längre tid att bli hög. Eftersom resursen som står i beredskap för en internationell händelse där det finns behov av svenska sjukvårdsinsatser, som kanske inträffar vart 3:e till vart 5:e år, blir effekten låg för den givna investeringen. I en alternativ användning hade exempelvis resursen kunnat genomföra flera operationer under den tid personen står i beredskap.

Om samma person skulle stå i beredskap även för andra ändamål exempelvis både regionala, nationella och internationella uppdrag,

skulle kostnaden inte öka men alternativkostnaden skulle minska eftersom man får mer effekt för samma resurs. Den risk som man tar är dock att två händelser inträffar samtidigt och resurserna inte räcker till i stunden.

Personalens deltagande i internationella insatser är inte enbart en fråga för den enskilde, det är även en organisatorisk fråga som påverkar vården på hemmaplan och regionernas övriga ansvar som huvudmän.

Personal i beredskap för andra delar av stödstyrkan

MSB uppger att myndigheten för sina delar i stödstyrkan inte har utpekade personer i ständig beredskap. Det har i stället skapat ett system som bygger på en överkapacitet i personalpoolen. För varje funktion finns tre till fem gånger så många individer placerade. Myndigheten räknar därmed att någon från varje funktion alltid ska kunna delta. MSB uppger också att de aldrig hittills stått utan personal vid en insats. Tvärtom brukar de alltid få 30 procent som kan inställa sig inom 6 eller 12 timmar utan något särskilt beredskapskontrakt. MSB tecknar sedan avtal med de som kan åka någon timme innan de ger sig av.

Den ordning som den MSB tillämpar är betydligt enklare än en individuell beredskap med roterande schema. Den förutsätter dock enligt utredningen att det finns en grundläggande överenskommelse med de aktuella regionerna om deltagande, att man har överrekryterat och att det finns färdiga och i förväg kända kontrakt för insats. Utredningen kan konstatera att sjukvårdshuvudmännen också har ett ansvar både att erbjuda vård till befolkningen hemma i Sverige, att ha en adekvat nationell beredskap och att delta i katastrofmedicinska insatser utomlands. Genom att vissa regioner har en skyldighet att ha beredskap, samtidigt som samtliga regioner ges möjlighet att göra insatser enligt lagen, bedömde regeringen att rekryteringsunderlaget bör vara tillräckligt stort för att behoven av hälso- och sjukvårdspersonal för insatser utomlands ska kunna tillgodoses utan att kraven på en god vård på hemmaplan åsidosätts.⁸⁰

Utredningen menar att eftersom det många gånger råder brist på sjukvårdspersonal i vardagen och att regionerna också ska upprätthålla en beredskap på hemmaplan behöver regionerna vid en internationell händelse vara delaktiga i beslutet av vilken personal som kan avvaras

⁸⁰ Prop. 2007/08:138, s. 34–35.

så att t.ex. inte all personal tas från en och samma region. Sådana avvägningar måste göras utifrån en samlad bedömning av regionens uppdrag och vilken påverkan det får på den övriga verksamheten.

Vårdgivar- och arbetsgivaransvar

Regeringen var i förarbetena till lagen tydliga med att Socialstyrelsens uppgifter utomlands inte inbegriper något ansvar i egenskap av vårdgivare eller verksamhetschef. De regioner som bidrar med hälso- och sjukvårdspersonal får i stället i egenskap av sjukvårdshuvudmän och vårdgivare anses ha ett sedvanligt arbetsgivaransvar för den personal som de ställt till förfogande för insatser utomlands. Detta stämmer också med vad regeringen sade om att det är regionerna som ska teckna avtal med den aktuella personalen om beredskap och insats.

Frågan om vårdgivaransvar är dock inte så enkel när en insats genomförs med personal ur flera regioner samtidigt. Då behöver sannolikt en enskild region ha vårdgivaransvaret för hela insatsen. Hur detta ska ske behöver regleras i rutiner och avtal.

7.4.3 Bättre beredskap för insatser utomlands

Bedömning: Beredskapen för katastrofmedicinska insatser utomlands behöver ses över. Socialstyrelsen behöver ingå avtal med berörda regioner som tydliggör vilka förväntningar myndigheten har på regionen avseende t.ex. personal och utrustning. Det behöver också tydliggöras hur regionen ersätts för sina kostnader. Regionerna behöver ingå avtal med berörda medarbetare.

Förslag: Socialstyrelsen ska få i uppdrag av regeringen att ta fram och genomföra särskild utbildning och övning av personal från regioner som kontrakterats för katastrofmedicinska insatser utomlands. Sådant särskild utbildning och övning ska ta sikte på frågor som är specifika för hälso- och sjukvården och är ett komplement till de generella utbildningar och övningar som MSB och andra aktörer genomför för personal som ingår i stödstyrkan.

Utredningen konstaterar att förmågan till katastrofmedicinska insatser utomlands, som skapades efter flodvågskatastrofen i Sydostasien 2004 inte har upprätthållits. Det är en rimlig utgångspunkt att lagstadgade krav också ska upprätthållas. Det går inte enbart att lasta regionerna för bristande förmåga när den ansvariga myndigheten inte tillhandahåller de grundläggande förutsättningar som behövs för att regionerna ska kunna upprätthålla sitt ansvar. Det innebär att vissa regioner har en skyldighet att delta men ingen vet i vilken omfattning. Vad utredningen känner till fanns det ett utkast till kontrakt runt år 2009 men arbetet avslutades aldrig.

De regioner som har ett utpekat ansvar att upprätthålla beredskap för internationella insatser hade tidigare personal utsedd för uppdraget. Över tid har denna organisation vittrat bort. Det saknas nu en genomtänkt struktur, framtagna avtal, och tydliga krav gentemot regionerna. Därmed saknas både underlag och förutsättningar för regionernas planering. Dessutom behöver det finnas överenskommelser som reglerar vårdgivaransvar och försäkringsfrågor.

Socialstyrelsen har sedan år 2007 erhållit medel i förvaltningsanslaget för ändamålet, medel som både skulle bekosta regionernas och Socialstyrelsens arbete. Inget av dessa medel betalas ut till regionerna för beredskap. Som en konsekvens av att det i praktiken inte finns någon organisation för att skicka ut hälso- och sjukvårdspersonal från regionerna med stöd av lagen om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands har MSB själv rekryterat viss hälso- och sjukvårdspersonal till sina insatser med stödstyrkan. Det är enligt utredningen att föredra om den beredskap som är avsedd att finnas hos regionerna enligt lag tillskapas så att vården vid internationella insatser kan bedrivas inom ramen för regionernas ansvar som vårdgivare.

Personal behöver kunna sättas in snabbt

Som utredningen redogjort för i 7.4.2 ovan kan personal för insatser kontrakteras på två sätt, endera genom att enskilda individer står i beredskap under en specifik tidsperiod likt en tjänsteman i beredskap eller en läkare i jour, eller att man följer den modell som MSB tillämpar och håller en pool av personal där varje funktion eller specialitet har en överrepresentation och att deltagande i insats bygger på möjlighet och frivillighet.

Utredningen menar att behoven av en tjänsteman i beredskap eller läkare i jour skiljer sig från behoven av personal i beredskap för internationella sjukvårdsinsatser. En tjänsteman i beredskap eller en läkare i jour måste ständigt kunna nås och sannolikheten att individen behöver utföra ett arbete under beredskapstiden är relativt hög. Internationella insatser på hälso- och sjukvårdsområdet är sällan förekommande. Det behöver finnas personal i beredskap för sådana händelser, men det finns inte skäl att ha dem i motsvarande beredskap som inom den övriga hälso- och sjukvården.

Ett system med utpekade individer i beredskap är visserligen det snabbaste sättet för att kunna aktivera personal vid en inträffad händelse. Det är också tydligt att ett sådant system innebär omfattande planering och schemaläggning. Utpekade personer i ständig beredskap behöver också få ersättning för beredskapen som behöver ersättas i tid eller pengar. Ett system med utpekade individer i ständig beredskap kan därför sammantaget vara väl kostsamt i förhållande till nyttan. Utredningen visar i avsnitt 7.4.4 nedan beräkningar av exempel på vilka kostnader en sådan ordning skulle kunna medföra. I en annan situation, med en annan bedömning av sannolikheten att resursen behöver användas kan dock ovanstående bedömning behöva ändras. Mot ovanstående bakgrund bedömer utredningen att det är mer kostnadseffektivt att bygga på en pool av frivilliga individer som får tillfrågas om behov av en insats uppkommer.

Insatser behöver bestå av flera kompetenser

Stödresurser behöver innehålla, eller ha möjlighet att innehålla, flera olika kompetenser. Det är inte enbart de opererande specialiteterna som är av betydelse för en katastrofmedicinsk insatsstyrka oavsett om de ska verka nationellt eller internationellt. Även t.ex. ett psykologisk omhändertagande och stöd till drabbade är viktigt. Likaså kan medarbetare vid smittskydd och vårdhygien utgöra en viktig resurs vid lokala epidemier och för hälsoskydd i t.ex. lägerområden vid naturkatastrofer som översvämningar och stormar. Behovet av rättsodologisk kompetens kan vara viktig vid identifiering av döda.

Exakt vilken sammansättning en internationell och nationell förstärkningsresurs ska ha behöver undersökas vidare. Det behöver ha sin grund i de olika scenarier som kan tänkas uppstå. Som utred-

ningen tidigare framhållit är här Socialstyrelsens Kamedorapporter ett värdefullt verktyg. Även regionernas och Socialstyrelsens risk- och sårbarhetsanalyser är viktiga underlag, såväl som lärdomar från inträffade händelser i Sverige och på andra håll i världen. En sådan analys bör ske i dialog med Utrikesdepartementet.

En personalpool behöver förberedas

För att kunna genomföra internationella förstärkningsinsatser på hälso- och sjukvårdsområdet behöver en personalpool rekryteras, utbildas och övas. En sådan pool bör i första hand byggas upp med personal från de regioner som har en uttalad skyldighet att delta i katastrofmedicinska insatser utomlands. Socialstyrelsen behöver därför tillsammans med dessa regioner, och i dialog med MSB och Utrikesdepartementet, ta fram krav på vilka kompetenser som behöver finnas i beredskap. Myndigheten behöver också ordna utbildningar som ger möjlighet för hälso- och sjukvårdspersonal i poolen att skaffa den specifika kompetens som krävs för sådant arbete. MSB genomför i dag utbildningar som är gemensamma för all personal i stödstyrkan. Även Utrikesdepartementet brukar delta vid de gemensamma utbildningarna bland annat för att informera om det vad det konsulära uppdraget innebär. Därutöver behöver Socialstyrelsen ta fram en riktad utbildning för hälso- och sjukvårdspersonal som ingår i stödstyrkan som tar sikte på frågor som är specifika för hälso- och sjukvården. Det kan exempelvis handla om vem som är ansvarig vårdgivare, hur journalföring ska gå till, behörigheter och delegeringar, rutiner för läkemedelshantering och ev. hantering av medicinteknisk utrustning som används vid insatserna m.m.

Socialstyrelsen bör teckna överenskommelser med de olika regionerna om deras respektive bidrag till en nationell pool samt en uppskattning om hur många personer som de maximalt kan avvara utan att åsidosätta andra skyldigheter.

Socialstyrelsen och regionerna bör ta fram kontrakt för den personal som ingår i poolen och som klargör förutsättningar för t.ex. beredskap och utbildning. Personalen behöver vidare vara försäkrad för utlandsinsatser och vara vaccinerade för att kunna åka ut. Dessa kontrakt ska dock inte ligga till grund för vare sig en individuell beredskap eller en insats. Många av de individer som är villiga att ingå i olika

förstärkningsresurser är också benägna att arbeta för ideella organisationer som t.ex. Läkare utan gränser eller Internationella Röda Korset. Andra kan vara engagerade i Försvarsmakten eller i frivilliga försvarsorganisationer och därigenom redan vara ianspråktagna för annan verksamhet. Ett personligt kontrakt kan tydliggöra vilka skyldigheter den enskilde har mot arbetsgivaren och svenska myndigheter i förhållande till dessa andra idéburna och internationella organisationer så att inte samma individ står i beredskap för flera olika aktörer samtidigt. Ett absolut hinder mot att delta i sådana aktiviteter kan naturligtvis verka hämmande för att få individer att på frivillig basis ställa upp. Det skulle dessutom antagligen påverka möjligheter till kompetensutveckling och erfarenheter via dessa organisationer negativt, vilket motverkar syftet. Kontraktet kan i stället reglera formerna för hur man informerar och vem man informerar om när deltagande i andra organisationers verksamhet är aktuell. Allt i syfte att det ska vara tydligt vilken beredskap som faktiskt finns vid varje tillfälle.

Socialstyrelsen bör sedan tillsammans med regionerna och arbetsmarknadens parter ta fram sådana ett grundkontrakt som ska gälla vid insats så att dessa snabbt kan tecknas och så att liknande villkor gäller för deltagande personal oavsett vilken region de har sin anställning i. Som beskrivits ovan har Socialstyrelsen tre miljoner kronor per år i sitt förvaltningsanslag för att administrera beredskapen i enlighet med lagen om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands. Eftersom inga specifika utbildningar för hälso- och sjukvårdspersonal har skett sedan 2010 behöver ett utbildningskoncept uppdateras och utbildningar genomföras. Sådana utbildningar bör finansieras av staten och vara kostnadsfria för den personal från regionerna som är kontrakterad för att delta i katastrofmedicinska insatser utomlands.

Utrustningen behöver vara anpassad till miljön

Regeringen bedömde när stödstyrkan infördes att den utrustning som regionerna har byggt upp inom ramen för den katastrofmedicinska beredskapen kan användas även vid internationella insatser. Utredningen anser utifrån vad som sagts i föregående avsnitt att det kan finnas skäl att nyansera den bedömningen. Viss utrustning som används vid arbete på skadeplats nationellt kan säkert även användas

vid insatser utomlands men i nuläget är tillgången till sådan utrustning begränsad. Det kan därför vara lämpligt att viss sådan utrustning köps in och finansieras av staten via Socialstyrelsen. Vid vård i tillfälliga lokaler i andra länder kan det även behövas viss klimatutrustning. Sjukvårdstält som används vintertid i Sverige måste ha exempelvis ha värmeaggregat, till skillnad från tält som sätts upp i varma klimat där det i stället är helt nödvändigt med luftkonditionering för att kunna vistas i tälten. Personal kan också behöva verka i miljöer utan säkrad tillgång till el och vatten. Det behöver därför göras en analys av vilken sorts utrustning som bör finnas tillgänglig vid internationella sjukvårdsinsatser och staten bör lämpligen finansiera sådan utrustning. Enligt uppgift finns sådan utrustning vid MSB. Det behöver i så fall klargöras att så är fallet och att denna blir en del av planeringen. Försättningar för hantering av läkemedel bör också klargöras.

Socialstyrelsens traumaenhet bör också ingå

Som framgår av avsnitt 7.2.4 har Socialstyrelsen köpt in en förstärkningsresurs i form av en avancerad traumaenhet. Rekrytering, utbildning och övning av personal pågår. Utredningen bedömer att det även kan finnas fördelar med att samordna stödstyrkans sjukvårdsdel med den förstärkningsresurs som Socialstyrelsen bygger upp, dels eftersom det i delar kan vara samma personer som anlitas för båda verksamheterna, dels eftersom den förstärkningsutrustning som byggs upp nationellt också bör kunna komma till användning vid svenska katastrofmedicinska insatser internationellt. Enheten bygger på ett av Försvarsmakten framtaget koncept som ska kunna användas internationellt.

Förslaget följer WHO:s rekommendationer

Världshälsoorganisationen, i det följande förkortat WHO, har uppmanat alla länder att stärka sin katastrofberedskap och förmåga att hantera nödsituationer med hälso- och sjukvårdsbehov. Uppmaningen omfattar bl.a. att ha en beredskap för att kunna tillföra förstärkningsresurser både för prehospital vård och sjukhusvård. Varje land behöver enligt WHO också ta fram kriterier som är anpassade till respektive lands lagstiftning för att säkerställa att nationella förstärkningsgrupper både kan ge och ta emot stöd från andra länder (se även avsnitt 7.5

och 8.2.10).⁸¹ Det skulle därför också kunna övervägas om det finns skäl att certifiera sådan hälso- och sjukvårdspersonal som byggs upp för en nationell förstärkningsresurs som *Emergency Medical Team* enligt WHO:s regelverk. Sådana resurser kan också anmälas till EU:s civilskyddspool och inom ramen för rescEU.

Utredningens förslag

Utredningen anser att arbetet med internationella förstärkningsinsatser på hälso- och sjukvårdsområdet behöver styras upp. Socialstyrelsen behöver tydliggöra vad regionerna ska kunna tillhandahålla både avseende personal, utrustning och annan materiel. Detta behöver regleras i överenskommelser med regionerna eller genom förtydligade föreskrifter. Sådan materiel som saknas behöver köpas in nationellt.

Vårdgivarfrågan behöver lösas. Det behöver finnas en tydlig modell för vem som ska ha vårdgivaransvaret vid en insats och hur de krav som finns kring bl.a. dokumentation ska upprätthållas.

Det behöver vidare skapas en pool av personal som på frivillig väg kan och vill delta i insatser. För att det vid behov ska finnas möjlighet att få ihop personal som med kort varsel kan åka iväg på en insats behöver fler personer än som bedöms behövas vid en insats kontrakteras. En sådan pool bör enligt utredningen bestå av tre till fem gånger så mycket personal i respektive funktion eller specialitet, enligt liknande princip som MSB:s personalpool för stödstyrkan. Det behöver också tas fram kontrakt som klargör vad som förväntas av den som anmäler sig till poolen och kontraktsmallar som kan gälla för insats. Slutligen behöver Socialstyrelsen få i uppdrag av regeringen att ta fram sjukvårdsspecifika utbildningar och övningar för den hälso- och sjukvårdspersonal som ska tränas i att genomföra insats. De ska vara ett komplement till de utbildningar och övningar som MSB genomför tillsammans och övriga aktörer för all personal som ingår i stödstyrkan

Det är först när ovanstående är uppfyllt som Sverige har en beredskap att genomföra internationella förstärkningsinsatser på hälso- och sjukvårdsområdet.

⁸¹ Världshälsoorganisationen (2021), *Classification and minimum standards for Emergency medical teams*, s. 22–23.

7.4.4 Nationella stödresurser på sjukvårdsområdet bör kunna användas både nationellt och internationellt

Bedömning: De resurser som finns i beredskap för katastrofmedicinska insatser utomlands bör även kunna användas för motsvarande händelser nationellt. Det finns därmed inte behov av att skapa en ny nationell förstärkningsresurs för hälso- och sjukvården.

Det kan även i Sverige uppstå situationer när det finns behov av att tillfälligt förstärka vissa geografiska områden. Det kan handla om att det t.ex. inträffar ett större terrorattentat, en större tågolycka, en naturkatastrof eller ett dammbrott som innebär en stor tillfällig belastning på vården. Gemensamt för de ovanstående händelserna är att de kan antas vara så omfattande att de inte rimligen kan förväntas hanteras inom ramen för den ordinarie beredskapen i en enskild region. Sådana situationer skulle sannolikt kunna hanteras på ett effektivare sätt och med ett bättre behandlingsresultat med hjälp av förstärkningsresurser.

Det finns i dag inga utpekade nationella förstärkningsresurser på hälso- och sjukvårdsområdet förutom den organisation som tidigare fanns kring SNAM (se 7.2.6) samt den nationella traumaenhet som Socialstyrelsen bygger upp (se 7.2.4 samt nedan). Eftersom vissa regioner redan i dag enligt lag ska ha beredskap att skicka iväg hälso- och sjukvårdspersonal för internationella insatser skulle dessa kunna användas även vid händelser i Sverige. En sådan förstärkningsresurs kommer sannolikt inte att kunna bidra i det första akuta prehospitala omhändertagandet eftersom den har en viss inställetid. Däremot kan den bidra i ett något mer utdraget förlopp genom att personalen är tränad att arbeta i olika miljöer med knappa resurser. Sådana resurser skulle också kunna stödja t.ex. MSB:s NUSAR-grupper eller andra så kallade räddnings- och röjningsstyrkor (se 7.1.2 samt nedan).

Finns inga konflikter mellan nationella och internationella uppdrag

Katastrofmedicinska insatser utomlands är ovanliga. Det är också mycket ovanligt att det i Sverige uppstår plötsliga situationer med omfattande skadeutfall eller många samtidigt sjuka. Sannolikheten att två omfattande händelser internationellt och nationellt ska inträffa

samtidigt bedöms som små. Om tanken är sådan som regeringen initialt resonerade, att internationella förstärkningsinsatser på hälso- och sjukvårdsområdet ska använda sig av regionernas katastrofmedicinska utrustning, behöver det vid samtidiga händelser ändå göras en prioritering av tillgänglig personal och utrustning mellan nationella och internationella behov.

Användning av personal ur styrkan för internationella förstärkningsinsatser på hälso- och sjukvårdsområdet i en drabbad region i Sverige innebär ett visst personalbortfall i de regioner som personalen kommer ifrån. Bortfallet är inte större än vid internationella insatser. Syftet är att klara av en annars övermäktig situation i en region och därvid sträva efter att upprätthålla jämlik vård i landet. Detta skiljer sig inte nämnvärt från andra former av stöd mellan regioner (se avsnitt 4.3 och 5.3). Skillnaden är att det är en i förväg kontrakterad och tränad styrka med särskild utrustning och som bygger på frivillighet. Just frivilligheten är ett viktigt inslag i svensk krisberedskap och totalförsvaret.

Kostnadseffektivitet

Möjligheten till att även nationellt använda den hälso- och sjukvårdspersonal som Socialstyrelsen samordnar inför katastrofmedicinska insatser utomlands vore betydligt mer kostnadseffektivt än att endast ha personal i beredskap för internationella insatser. Det skulle sannolikt också lättare kunna motivera satsningar på ytterligare kompetensutveckling, träning och övning för den berörda personalen.

Förslag från Socialstyrelsen och Försvarmakten om en nationell katastrofmedicinsk insatsstyrka

I rapporten Totalförsvarets sjukvårdssystem som togs fram gemensamt av Socialstyrelsen och Försvarmakten år 2017 föreslog myndigheterna att det skulle skapas en nationell katastrofmedicinsk insatsstyrka som skulle sättas samman från regionala insatsförmågor.⁸² Den skulle kunna stödja ett korrekt och effektivt omhändertagande av

⁸² Försvarmakten och Socialstyrelsen (2017), *Totalförsvarets sjukvårdssystem – En civilmilitär förmågeutveckling inom hälso- och sjukvårdssektorn genom hela hotskalan*, Bilaga till FM2016-16189:15 och SoS 11.1-30361/2017, s. 24–25.

skadade och sjuka vid nationella och internationella insatser i fredstid, vid ett gråzonsscenario eller vid krig. En nationell samordningsfunktion skulle ta fram riktlinjer och kompetenskravsprofiler för den hälso- och sjukvårdspersonal som skulle ingå i insatsstyrkorna vilket skulle skapa förutsättningar för en nationell civilmilitär personalpool av hälso- och sjukvårdspersonal. Försvarmaktens kontinuerligt anställda hälso- och sjukvårdspersonal skulle också ingå i den nationella katastrofmedicinska insatsstyrkan. En sådan nationell katastrofmedicinsk insatsstyrka bedömdes kunna stödja drabbade regioner vid nationella allvarliga händelser, vid en konsulär insats hjälpa personer med anknytning till Sverige, stödja EU vid allvarliga händelser samt bistå andra länder vid en katastrof i utlandet. Förslaget från myndigheterna var att avtal för förvaltning, utveckling och vårdgivaransvar skulle tecknas enligt den modell som använts för personalen som arbetade inom SNAM, dvs. att en region tar vårdgivaransvar och arbetsgivaransvar för insatsstyrkans verksamhet.

MSB har också lämnat förslag till en nationell förstärkningsresurs

MSB har i underlag till utredningen identifierat att flera av myndighetens förstärkningsresurser har behov av sjukvårdskompetenser för att lösa sitt uppdrag. MSB skulle därför gärna se att det skapas en ny förmåga som kan komplettera med sjukvård i samtliga förstärkningsresurser där MSB har ett sådant behov. De områden som MSB har lyft fram där de i dagsläget ser behov av sjukvårdsresurser är utöver stödstyrkan även *NUSAR* (*nationell urban sök och räddning*) där det dels behövs tillgång till sjukvård för insatspersonal vid skador i fält samt medicinsk behandling av personer i samband med losstagnning av fastklämda personer. MSB:s resurser för urban sök- och räddning behöver därför kompletteras med sjukvårdsresurser som har kompetens och utrustning för att verka i rasområde och som snabbt kan infinna sig på skadeplats. Även vid CBRN-händelser behövs läkar-kompetens för att ha tillstånd att använda autoinjektorer. Inom EU:s gemensamma förstärkningsresurser, rescEU, behövs hälso- och sjukvårdsresurser vid CBRN-sanering för att kunna ge sjukvård åt insatspersonal, vara en länk mellan skadeplats och sjukhus i Sverige eller vid insats i annat EU-land när sanerade personer i behov av sjukhusvård

ska transporteras. Därutöver ser MSB att det finns behov av hälso- och sjukvårdspersonal med flygmedicinsk kompetens vid evakuering.

MSB anser att det bör finnas en nationell sjukvårdskapacitet när händelser eskalerar från en regional angelägenhet till att bli en nationell angelägenhet. MSB ser gärna att följande perspektiv omhändertas vid utformandet av en nationell sjukvårdsresurs.

- Den ska kunna användas såväl i fredstid som i krig. Den bör inte avgränsas till att ett katastrofmedicinskt läge behöver gälla. Det finns allvarliga situationer då denna specialkompetens behöver finnas att tillgå med mycket kort varsel utan att det är ett katastrofmedicinskt läge.
- Den bör inte ha stödstyrkekonceptet och lagen om katastrofmedicinska insatser som utgångspunkt utan resursen bör ha ett bredare uppdrag och utformas enligt behov utifrån flera perspektiv.
- Resursen bör ledas av en aktör med vårdgivaransvar som kan bedriva vård såväl i Sverige (var som helst i landet) som utomlands (Stödstyrkan, flygmedicinsk evakuering, rescEU CBRN sanering).
- Resursen bör ha kort anspänningstid och kunna aktiveras och vara redo att bedriva vård med mycket kort varsel (exempelvis för behov inom NUSAR).
- Resursen behöver övas och utbildas regelbundet tillsammans med andra aktörer.

MSB föreslår att Socialstyrelsen får i uppdrag att i samverkan med MSB och Försvarsmakten, samt eventuellt andra berörda aktörer, utreda behovet närmare och inrätta en förstärkningsresurs inom sjukvård.

Utredningens överväganden och bedömning

Katastrofmedicinska insatser utomlands är ovanliga. Mot bakgrund av detta anser utredningen att det är rimligt att de resurser som utbildas, tränas och avsätts för detta även ska kunna användas för insatser nationellt. På så sätt uppnås en större resurseffektivitet.

Därutöver har utredningen övervägt om det är motiverat att skapa en nationell förstärkningsresurs med hälso- och sjukvårdspersonal

som står i ständig beredskap för att kunna förstärka regionernas sjukvård vid allvarliga händelser med många skadade eller sjuka. En sådan resurs har efterfrågats från flera aktörer.

En nationell förstärkningsresurs har begränsad användning

Utredningen har funderat över i vilka situationer en sådan resurs skulle kunna tillföra ett mervärde. Vid allvarliga händelser med många skadade personer behöver förstärkningsresurser initialt tillföras skadeplatsen och transportresurser förstärka från angränsande regioner. Inom de första timmarna från skadetillfället är skadeplatsen normalt tömd och patienterna transporterade till olika sjukhus i den drabbade regionen och andra regioner. För att en förstärkningsresurs ska kunna bidra på skadeplats behöver den finnas regionalt. Utredningen bedömer i avsnitt 7.1.2 att alla regioner bör ha en planering för förstärkning på skadeplats vid händelser med många skadade, så kallade prehospitala förstärkningsgrupper. Den tid det skulle ta att aktivera och transportera en nationell förstärkningsresurs med både personal och utrustning till den aktuella skadeplatsen är sannolikt så lång att behoven av prehospital förstärkning inte längre kvarstår.

Vid allvarliga händelser med många skadade har sjukvården ofta lätt att mobilisera ordinarie personal på frivillig väg den första tiden. Många vill hjälpa till och erbjuder sig att jobba övertid. De förstärkningsbehov som kan finnas är uthållighet över tid när den initiala fasen passerat och personalen är sliten. Då kan personal från andra regioner bistå. De behov som MSB framhållit avseende sjukvårdskompetens i samband med sök- och räddningsinsatser anser utredningen behöver omhändertas regionalt som en del av regionernas prehospitala sjukvårdsinsatser. Det är ambulanssjukvården som naturligt kommer att behöva delta i omhändertagande av fastklämda personer i rasmassor. För det kan regionerna behöva ha specialutbildade personer regionalt, på samma sätt som det t.ex. finns specialutbildade personer för kemikalieolyckor. Fastklämda personer kan som regel inte vänta på att personal i beredskap ska ringas in, ta sig till en flygplats och transporteras över landet för att bistå vid räddningsarbetet. NUSAR finns i fyra kommuner i landet och har därmed en viss geografisk spridning. Regionerna har enligt hälso- och sjukvårdslagen möjlighet att samverka om sådan vård som är gemensam. Om det inte

anses finnas behov av att bygga upp motsvarande kompetens i varje region har regionerna möjlighet att samverka kring sådan prehospitat sjukvård i samverkansregionerna. Genom Kommunalförbundet Svenskt Ambulansflyg har regionerna gemensamt skapat en organisation med bemanning på flera platser i Sverige med flygmedicinsk kompetens. De nationella behoven av sådan utbildad personal bör därmed kunna vara tillgodosedda. Kostnaden för att ha personal i ständig beredskap är mycket höga. Nyttan det skulle tillföra utöver de möjligheter som regionerna har att stödja varandra på frivillig väg står enligt utredningen inte i proportion till kostnaderna. Denna personal är dock inte förberedd för internationella konsulära insatser.

Det kostar att ha personal i beredskap

För att skapa en bild av vilka kostnader som är förenade med att ha hälso- och sjukvårdspersonal i ständig beredskap för internationella insatser har utredningen gjort vissa beräkningar som är avsedda att illustrera detta.

Kostnader för ersättning vid ständig beredskap

Utredningen har utgått från det kollektivavtal som gäller mellan parterna.⁸³ Avtalet innebär att en arbetstagare ersätts med 14 procent av timlönen då man är i beredskap, såvida inte arbetstagaren har mer än 130 timmar i beredskap en kalendermånad. Utredningen har antagit att de arbetstagare som står i beredskap kan roteras så att de inte kommer upp i det ovan nämnda taket. Vid beräkning av ersättning har sociala avgifter på 37 procent inkluderats för att visa den faktiska kostnaden för arbetsgivaren. Beräkning utgår vidare från en ständig beredskap, 24 timmar per dygn. Utredningen har också använt olika lönekostnader för de olika yrkeskategorierna undersköterska, sjuksköterska och läkare. Ingående uppgifter samt beräknade kostnader redovisas i tabell 7.1 nedan. Av sista kolumnen i tabellen framgår kostnaden för det fall att de sex utpekade regionerna som enligt lag ska bidra med personal till internationella insatser har två läkare, två sjuksköterskor och två undersköterskor i beredskap.

⁸³ Allmänna bestämmelser, SKR, AB 20, i lydelse 2022-01-01.

Utredningens beräkningar visa att kostnaden för 12 läkare, 12 sjuksköterskor och 12 undersköterskor därmed blir 15,2 miljoner kronor per år. Eftersom lönekostnaderna i tabell 7.1 nedan inte är viktade med avseende på hur många personer det finns i respektive underkategori och att det sannolikt finns fler personer inom de högre lönenivåerna än personer i de lägre lönenivåerna bedömer utredningen att kostnaderna är underskattade.

Det andra alternativet som utredningen övervägt, dvs. att personalen ska ingå i en pool med betydligt fler personer och där deltagande i en insats är frivilligt innebär att ingen beredskapsersättning utgår. Därmed uppstår inte kostnaden för beredskapsersättning.

De skillnader i kostnader som redovisas ovan avser skillnader i beredskapsersättning. Både de arbetstagare som ingår i en pool och de arbetstagare som skulle stå i ständig beredskap utför dock ett arbete som innebär att de vid ett frånfälle behöver ersättas. Utredningen har i ett flertal avsnitt i detta betänkande konstaterat att det råder resursbrist i vården, framför allt avseende personal, och i de fall personal deltar i en insats utomlands uppstår ett behov av extra personal eller uppskjuten vård. Det innebär att det oavsett vilken modell som används, finns en alternativkostnad. Utredningen gör bedömningen att det i denna del inte är någon skillnad mellan de två alternativen och kostnaden redovisas därför inte heller.

Tabell 7.1 Beräkning av yrkeskategoriers kostnad vid ständighberedskap (24h/dygn, 365 dagar)

Kronor

Yrke	Lön	Inkl. sociala avgifter	Lön/h	Beredskaps- ersättning/h (14 % av lön)	Beredskaps- kostnad per yrke 365 dagar 24 h	Två i tjänst inom respektive region med avtal (6 st)
Läkare						
AT-läkare	36 000	49 320	308	43	378 038	4 536 454
Specialistläkare	79 200	108 504	678	95	831 683	9 980 198
ST-läkare	50 100	68 637	429	60	526 103	6 313 231
Tandläkare	49 500	67 815	424	59	519 802	6 237 624
Övriga läkare	43 100	59 047	369	5	452 595	5 431 143
Medel	51 580	70 665	442	62	541 644	6 499 730
Sjuksköterska						
Ambulanssjuksköterskor m.fl.	40 500	55 485	347	49	425 293	5 103 510
Anestesisjuksköterskor	42 300	57 951	362	51	444 194	5 330 333
Barnsjuksköterskor	40 400	55 348	346	48	424 242	5 090 909
Geriatriska sjuksköterskor	38 900	53 293	333	47	408 491	4 901 890
Grundutbildade sjuksköterskor	38 700	53 019	331	46	406 391	4 876 688
Intensivvårdssjuksköterskor	43 800	60 006	375	53	459 946	5 519 352
Operations sjuksköterskor	42 200	57 814	361	51	443 144	5 317 732
Psykiatrisjuksköterskor	40 000	54 800	343	48	420 042	5 040 504
Röntgensjuksköterskor	36 400	49 868	312	44	382 238	4 586 859
Medel	40 356	55 287	346	48	423 776	5 085 308

Yrke	Lön	Inkl. sociala avgifter	Lön/h	Beredskaps- ersättning/h (14 % av lön)	Beredskaps- kostnad per yrke 365 dagar 24 h	Två i tjänst inom respektive region med avtal (6 st)
Undersköterska						
Undersköterskor, vård- och specialavdelning	29 500	40 415	253	35	309 781	3 717 372
Undersköterskor, mottagning	28 000	38 360	240	34	294 029	3 528 353
Undersköterskor, hemtjänst, hemsjukvård och äldreboende	29 500	40 415	253	35	309 781	3 717 372
Medel	29 000	39 730	248	35	304 530	3 654 365

Källa: Egna beräkningar, lönestatistik SCB.

Utredningen har övervägt utökad lagreglerad beredskap

Utredningen har övervägt om det bör införas en reglering som innebär att regionerna ska vara skyldiga att tillhandahålla resurser för nationella insatser på motsvarande sätt som för internationella katastrofmedicinska insatser. En sådan reglering kan vid första anblicken framstå som både okomplicerad och tilltalande eftersom det redan i dag finns en lag om internationella insatser. Det finns dock ett antal aspekter att beakta.

För det första behövs inte någon särskild lag för att möjliggöra för regionerna att frivilligt hjälpa varandra nationellt. Sådana bestämmelser finns redan i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och i lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap. För det andra föreslår utredningen en möjlighet för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att besluta om att regionerna ska vara skyldiga att hjälpa varandra i vissa situationer (se avsnitt 5.3). Personer som skulle ingå i en eventuell nationell förstärkningsresurs kommer inte att medföra något tillskott till hälso- och sjukvårdens ordinarie personal eftersom förstärkningsresursen består av personer som arbetar i hälso- och sjukvården till vardags. Som beskrivits tidigare är det vid händelser med många skadade viktigt att snabbt kunna mobilisera förstärkningsresurser till skadeplats. Det behöver ske från befintlig region eller närmast angränsande regioner. Vid sådana händelser är det svårt att se hur en nationell förstärkningsresurs skulle kunna bidra. Däremot bör personer som är utbildade och övade för att kunna arbeta i en förstärkningsresurs vara lämpliga att vid behov tillfråga när det behövs stöd till en drabbad region eller vid större evenemang eller andra situationer där det kan finnas skäl att ha förstärkningsresurser för hälso- och sjukvård i beredskap för eventuella skadeutfall.

Att införa ytterligare bestämmelser om skyldighet för regioner att tillhandahålla personal till en nationell förstärkningsresurs skulle enligt utredningens bedömning inte tillföra särskilt mycket utöver de möjligheter, och med utredningens förslag även skyldigheter, regionerna har att hjälpa varandra. Det skulle i så fall också behöva göras en prioritering om nationella eller internationella behov ska gå först. Den myndighet som beslutar om internationella insatser (MSB eller reger-

ingen) skulle behöva få uppgift om när nationella insatser genomförs eftersom det då inte finns förmåga till internationella insatser. Därutöver innebär nya krav på regionerna i lag att staten ska finansiera dessa. Eftersom det är kommuner och regioner som enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar för att erbjuda befolkningen god hälso- och sjukvård är det också kommuner och regioner som behöver ansvara för att hantera detta uppdrag nationellt. Regionerna har inget ansvar för svenskar som befinner sig utomlands och det är i det avseendet rimligt att staten, i den mån det bedöms finnas skäl att bistå svenskar utomlands, också bär kostnaderna för sådana insatser i enlighet med lagen (2008:552) om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands. Däremot är det inte motiverat att staten finansierar nationella hälso- och sjukvårdsinsatser som omfattas av regionernas ordinarie uppdrag.

Mot ovanstående bakgrund bedömer utredningen att det är mer ändamålsenligt att bygga på en frivillig möjlighet att nyttja de resurser som tas fram för internationella insatser även nationellt. Detta förutsätter dock att Socialstyrelsen samarbetar med regionerna på ett sätt så att de gemensamt känner till och kan använda resurserna samt att det inte i arbetet identifieras andra hinder i t.ex. mandat. Det skulle kunna tänkas att planeringen av att genomföra nationella insatser hindras av att någon anser att det saknas mandat i något avseende. Det är därför viktigt att i första hand arbeta i en konstruktiv anda och i andra hand tydligt lyfta fram de eventuella begränsningar som uppkommer till regeringen så att dessa kan undanröjas.

7.5 Internationella samarbeten och stödresurser

Internationella relationer och internationellt stöd är viktigt för många nationer världen över när det kommer till att hantera omfattande fredstida kriser och effekterna av krig. Detta gäller naturligtvis även för Sverige.

I Totalförsvarspropositionen framgår att Sverige ska kunna ge och ta emot både militärt och civilt stöd. Det är avgörande för att skapa en reell möjlighet att agera tillsammans och samordnat i händelse av en kris eller krig.¹ Sverige har för krisberedskap, civilt- och militärt försvar ingått olika internationella samarbeten. Regeringen redogör

¹ Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30), s. 70.

åriligen för Sveriges internationella försvarssamarbeten i en skrivelse till Riksdagen.²

I de följande avsnitten beskrivs olika internationella samarbeten som är relevanta för hälso- och sjukvården i ur perspektivet fredstida kriser och krig. Fokus ligger på möjligheterna att ta emot hjälp genom förstärkningsresurser.

7.5.1 Möjligheterna till internationellt stöd är begränsade

Bedömning: Det finns begränsade möjligheter till internationellt stöd på hälso- och sjukvårdsområdet i händelse av fredstida kriser. Möjligheterna är störst under sådana förhållanden då Sverige, eller delar av Sverige, drabbas av en kris isolerat från andra länder. Vid händelser som påverkar hela Norden, Europa eller världen är möjligheterna till internationella stödresurser mycket begränsade. Sveriges beredskap för hälso- och sjukvården måste därför i första hand bygga på egna nationella resurser.

Precis som det finns regionala och nationella stödresurser finns det möjligheter att begära internationell hjälp i händelse av fredstida kriser eller krig. Sådant stöd kan även omfatta evakuering av skadade till andra länder men detta är inte föremålet för denna text.

Såväl Nato, FN och EU har samarbeten och mekanismer för att samordna stöd mellan länder i samband med kriser. Dessutom finns ett antal bi- och multilaterala samarbeten med Sveriges grannländer inom krisberedskapsområdet. FN har en ledande roll i samordningen av internationella humanitära insatser utanför EU för att rädda liv och lindra nöd i samband med väpnade konflikter, naturkatastrofer och andra katastrofliknande förhållanden. Sådana katastrofer har hittills varit mycket ovanliga i Sverige. Organet för humanitär samordning, på engelska Office for the coordination of humanitarian affairs förkortat OCHA, har det övergripande ansvaret för att samordna FN:s internationella humanitära insatser.

Inom EU genomförs gemensamma och samordnade insatser inom ramen för den så kallade civilskyddsmekanismen. Den centrala kontaktpunkten för begäran om stöd är Emergency Response Coordina-

² Internationella försvarssamarbeten (Skr. 2020/21:56).

tion Centre (ERCC). EU har även register med resurser över vad deltagande stater kan bistå varandra med, så kallade civilskyddsmoduler, inom exempelvis sök- och räddningsinsatser, skogsbrandsbevakning, tillfälliga förläggningar och medicinsk vård. I de följande avsnitten beskriver vi dessa olika delar mer ingående.

7.5.2 Samarbete i Norden och Sveriges närområde

Bedömning: Det finns flera relevanta samarbetsforum på nordisk nivå och i Sveriges närområde som på olika sätt berör hälso- och sjukvårdens beredskap. Samarbetena omfattar i dag inte tillskapande av förstärkningsresurser men genom samarbetena kan förstärkning med de deltagande ländernas ordinarie eller egna förstärkningsresurser erhållas.

De olika grupperna och forumen är ofta överlappande i de frågor som de har att hantera. Arbetet i dessa grupper och forum behöver tydligare samordnas och erfarenheter från de olika arbetena behöver tas tillvara för att få synergieffekter av de gemensamma beredskapsansträngningarna i de olika länderna.

Information och erfarenheter från samarbetena behöver även i högre grad i relevanta delar förmedlas till kommuner och regioner som ansvarar för att utföra hälso- och sjukvård.

För Sverige ligger det nordiska samarbetet nära till hands både sett till ett historiskt perspektiv och sett till det geografiska läget. De nordiska samarbetena går många gånger längre tillbaka än EU-samarbetet. På hälso- och sjukvårds- samt räddningstjänstområdet finns ett flertal fora för samverkan som också till viss del hänger samman. I flera fall utgår dessa olika initiativ från arbetet i Nordiska ministerrådet.

Nordiska hälsoberedskapsavtalet

De nordiska länderna undertecknade år 2002 Nordiskt hälsoberedskapsavtal (Nordhels), ett ramavtal avseende samarbete om hälso- och sjukvårdens beredskap.³ Avtalet är ett tillägg till Nordiskt räddningstjänstavtal (Nordred) från år 1989.⁴

Avsikten med hälsoberedskapsavtalet var att skapa förutsättningar för samarbete i syfte att förbereda och utveckla hälso- och sjukvårdsberedskapen för att bättre kunna hantera kriser och katastrofer, som t.ex. naturkatastrofer och händelser (olyckor och terrorhandlingar) med bl.a. radioaktiv strålning, biologiska och kemiska ämnen.⁵ Danmark, Finland, Island, Norge, Sverige och de självstyrande områdena Färöarna, Grönland och Åland omfattas av avtalet.⁶ Samarbetet omfattar förberedelser av beredskapsåtgärder och assistans vid tillfällen då någon av avtalsstaterna drabbas av en kris eller katastrof. Vad gäller ersättning för hjälp i händelse av en inträffad kris eller katastrof får bestämmelserna i ”Nordiskt räddningstjänstavtal” om ekonomisk ersättning tillämpas så långt det är möjligt.⁷

Enligt avtalet åtar sig länderna bl.a. att på uppmaning ge varandra assistans så långt det är möjligt, så fort som möjligt informera varandra om åtgärder staterna planerar att genomföra, eller genomför, som får eller förväntas få betydelse för de övriga nordiska länderna, främja samarbetet och avlägsna hinder så långt det är möjligt inom nationella lagar, föreskrifter och övriga rättsregler, erbjuda möjligheter till erfarenhetsutväxling, samarbete och kompetensutveckling, informera varandra om relevanta förändringar i ländernas beredskapsförordningar, inklusive lagändringar.⁸ Hälso- och socialministrarna i de avtalslutande staterna ska mötas med jämna mellanrum för att diskutera problem inom avtalsområdet. Det land som har ordförandeskapet i Nordiska Ministerrådet har ansvaret för att detta sker.⁹

Samarbetet i Nordhels sker annars huvudsakligen i Nordiska hälsoberedskapsgruppen ofta kallad Svalbardgruppen. Svalbardgruppen rapporterar till Nordiska ministerrådet i angelägenheter rörande det nor-

³ Nordiskt hälsoberedskapsavtal (SÖ 2003: 55).

⁴ Avtal mellan Danmark, Finland, Norge och Sverige om samarbete över territorialgränserna i syfte att vid olyckshändelser hindra eller begränsa skador på människor eller egendom eller i miljön (SÖ 1991:51).

⁵ Artikel 2, Nordiskt hälsoberedskapsavtal (SÖ 2003: 55).

⁶ Artikel 1a, ovan nämnda avtal.

⁷ Artikel 3, ovan nämnda avtal.

⁸ Artikel 4, ovan nämnda avtal.

⁹ Artikel 5, ovan nämnda avtal.

diska hälsoberedskapsavtalet, enligt avtalets artikel 5. För övrigt rapporterar Nordiska hälsoberedskapsgruppen till respektive departement. Sverige representeras i detta sammanhang av Socialstyrelsen. Fokus för samarbetet är förberedelser av beredskapsåtgärder och assistans vid tillfällen då någon av avtalsstaterna drabbas av en kris eller katastrof.

Inom ramen för samarbetet anordnades också årliga nordiska hälsoberedskapskonferenser mellan åren 2005 och 2014. Sedan 2014 har inga konferenser genomförts.

Inom ramen för det Svalbardsgruppens arbete har, efter beslut på hälsoberedskapskonferensen år 2006, riktlinjer för samarbete när nordiska medborgare drabbas av en allvarlig händelse utanför Norden tagits fram.¹⁰

Svalbardgruppen utgör även ett nätverk för utbyte av information i samband med allvarliga händelser, och har använts bland annat i samband med vulkanutbrotten på Island 2010 och 2011, katastroferna som drabbade Japan 2011 och utbrottet av Ebola i Västafrika 2014. Det nordiska hälsoberedskapsavtalet har också bl.a. tillämpats vid flera samnordiska övningar.

Samarbete inom nordhels och Svalbardgruppen har lett till att det finns en struktur för samarbete mellan de nordiska länderna.

På uppdrag av Nordiska ministerrådet författade Bo Könberg år 2014 en rapport om framtida nordiskt hälsosamarbete.¹¹ Förslagen skulle kunna genomföras inom 5–10 år. Ett av förslagen rörde hälsoberedskapsarbetet. Författaren kom fram till att Svalbardgruppens arbete i vissa delar fungerat mycket bra, framför allt beträffande nätverkssamarbetet. Arbetsgruppen har dock haft vissa svårigheter med att utföra sina uppgifter framför allt beroende på att det är många myndigheter/institutioner involverade på nationell nivå med olika perspektiv och mål. Under senare år har fokus skiftat från det ursprungliga mandatet till flera andra områden relaterade till katastrofer t.ex. traumavård, ambulansservice och sjukvårdstjänster.¹²

I rapporten föreslås att Svalbardgruppen får ett utökat mandat för ett vidare samarbete inom hälsoberedskapsområdet så att gruppen kan verka ur ett heltäckande säkerhetsperspektiv. Konkreta förslag avser

¹⁰ Nordhels, (2007): *Riktlinjer för det nordiska hälso- och sjukvårdssamarbetet när nordiska medborgare drabbas av kriser och katastrofer utanför Norden*.

¹¹ Nordiska ministerrådet (2014): *Det framtida nordiska hälsosamarbetet* (ISBN 978-92-893-2806-7).

¹² A.a., s. 26.

gemensam forskning och utveckling, utbildningar, inköp och beredskapslager. Prioriterade utvecklingsområden för närvarande begränsas till sällsynta vacciner, antitoxiner och immunglobuliner och fortsatt stödarbete med ambulans- och evakueringsflyg.

År 2016 utökade Nordiska ministerrådet Svalbardgruppens mandat.¹³ Här framgår att Svalbardgruppen har sitt mandat från Ministerrådet för social- och hälsopolitik (MR-S) och har sin utgångspunkt i det nordiska hälsoberedskapsavtalet. Gruppens arbete baseras på koncepten och definitionerna inom området krishantering: riskhantering, riskreducering, riskbedömning, riskanalyser, riskutvärdering, begränsning, beredskap, respons, återhämtning och utvärdering. Gruppen är ett samarbetsorgan för de nordiska hälsoberedskapsmyndigheterna. Gruppens syfte är att öka och förbättra samarbetet och informationsdelning, kompetens och kunskaper inom de nordiska länderna på hälso- och socialområdet avseende beredskap och krishantering för att bättre kunna hantera kriser och katastrofer. Samarbetet mellan myndigheterna kan omfatta alla faser och aspekter av krishantering.

Till exempel omfattar Gruppens möjliga aktiviteter både förberedelser av beredskapsåtgärder och assistans vid tillfällen då en av staterna drabbas av en kris eller katastrof. Gruppen kan t.ex. också utväxla erfarenheter och kunskaper rörande radioaktiva utsläpp, förvaring av sällsynta vacciner, immunglobuliner och motgifter. Gruppen arbetar utifrån en generisk beredskapsplanering (all hazards approach).¹⁴

Gränsöverskridande ambulanssjukvård och bilaterala avtal

Behovet av gränssamverkan mellan de nordiska länderna berör många regioner både i vardagen och i fredstida kriser. Det berör i princip alla regioner längs den svensk-norska gränsen, från Västra Götalandsregionen till Norrbotten. I Region Skåne gäller det danska ambulanser som kör mellan Bornholm, via Sverige, och fastlandet i Danmark men även transporter mellan sjukhusen i Skåne och Danmark. I Norrbotten handlar det om samverkan med finska ambulanser. Samverkan innebär att närmsta hjälpinsats i landet eller grannlandet anropas för att snabbt vara på plats för att hjälpa patienter vid olycksfall eller sjukdom.

¹³ Nordiska ministerrådet (2016): *Mandat Nordiska hälsoberedskapsgruppen (Svalbardgruppen)* [14-00934-50].

¹⁴ A.a.

Flera regioner har tecknat överenskommelser med grannländer om samverkan gällande prehospital akutsjukvård, i huvudsak ambulanssjukvård. En gränsöverskridande ambulanssjukvård kan omfatta såväl väg- som vatten- och luftburen verksamhet. Även om Nordhels syftar till samverkan i beredskapsfrågor är det, vad utredningen erfar, möjligheten att ingå överenskommelser som finns i artikel 3 i hälsoberedskapsavtalet som utgör utgångspunkten för avtalen om gränssamverkan även i vardagen. Syftet är främst att personer som drabbas av akut sjukdom eller olycksfall i gränsområden ska få snabbast möjliga vård och behandling oavsett från vilket land resursen kommer och att parterna ska bistå varandra med resurser vid större händelser och katastrofer. Ett exempel är det avtal om prehospital akutsjukvård som Region Norrbotten har ingått med motsvarande aktörer i Norge och Finland.¹⁵ Ett annat exempel är avtalet mellan berörda regioner i Sverige (Värmland, Västra Götaland, Dalarna, Jämtland/Härjedalen, Västerbotten och Norrbotten) och de så kallade helse-distrikten i Norge om gränssamverkan avseende ambulanshelikopter. Avtalet omfattar händelser där användning av annat lands ambulanshelikopter ger väsentligt snabbare hjälp än användning av egna resurser. Samarbetet omfattar akutmedicinska uppdrag i respektive avtalsparts geografiska ansvarsområde där det biträdande landets resurser är underställda organisation och ledning i det land där sjukvårdsinsatsen äger rum. Avtalsparternas larmcentraler bedömer behov av assistans från annat land efter de kriterier som överenskommit.¹⁶

I inom ramen för gränssamverkan har ett antal frågeställningar kring bland annat om kompetens- och bemanningskrav för ambulanspersonalen, läkemedelshantering och vägtrafikföreskrifter men även ansvarsfrågor identifierats. SKR har därför för regionernas räkning gjort en hemställan om översyn av de rättsliga förutsättningarna för samarbetet och Socialstyrelsen har fått ett regeringsuppdrag att identifiera och beskriva juridiska hinder i den gränsöverskridande ambulanssjukvård som passerar Sveriges landsgränser mot Norge, Danmark och Finland.¹⁷ Uppdraget redovisades den 31 december

¹⁵ Avtal om gränssamverkan inom prehospital akutsjukvård mellan Region Norrbotten, Sverige, Helse Nord RHF, Norge och Lapin sairaanhoitopiiri (Laplands sjukvårdsdistrikt), Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri (Västerbottens sjukvårdsdistrikt) och Oulun yliopistollinen sairaala (Uleåborgs universitetssjukhus), Finland (2011).

¹⁶ SamSAR (2020): *Aktörsgemensamma insatser i oländig miljö med förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov i samband med sjö-, flyg- och fjällräddning*, s. 25.

¹⁷ Regeringsbeslut den 5 mars 2020, I:3, *Uppdrag till Socialstyrelsen att identifiera och beskriva juridiska hinder i den gränsöverskridande ambulanssjukvården*, dnr S2019/03010/FS (delvis).

2021. Socialstyrelsen föreslår bland annat att det införs nya regler i patientsäkerhetslagen och hälso- och sjukvårdslagen som möjliggör gränssamverkan inom ambulanssjukvården i Sverige. Myndigheten föreslår även att regionen, i egenskap av huvudman, får ett något utökat ansvar för hälso- och sjukvård som tillhandahålls inom regionens territorium. Detta eftersom det inte finns någon svensk vårdgivare som skulle kunna uppfylla kraven i regelverket.¹⁸

Denna översyn ligger helt i linje med vad som anges i hälsoberedskapsavtalet om att nationerna ska verka för att avlägsna hinder så långt det är möjligt inom nationella lagar.

Hälsoberedskapsavtalet är enligt utredningen ett exempel på ett samarbete som har betydelse både i vardagen och i händelse av fredstida kriser och möjligen även i krig. Den samverkan som sker i vardagen, utifrån behovet att snabbt kunna sätta in en prehospital resurs vid olycksfall, skapar förutsättningar för en effektiv samverkan vid fredstida kriser. Det kan dock konstateras att den möjlighet att teckna bilaterala avtal utifrån artikel 3 i hälsoberedskapsavtalet gäller de i artikel 1 berörda myndigheterna, dvs. för Sveriges del regeringen (Socialdepartementet) eller den myndighet regeringen bestämmer. Hur detta mandat överförs till regionerna är oklart. Utredningen har inte funnit några konkreta underlag för detta. Det är också oklart om det för att regionerna ska kunna ingå dessa avtal krävs en tydlig koppling till hälsoberedskapsavtalet. Dock bör det, om det är avsikten och regeringens vilja, att avtalen ska knytas till hälsoberedskapsavtalet införas tydlig reglering av detta.

Barentssamarbetet

Barentsrådet, på engelska Barents Euro-Arctic Council, är ett forum för det mellanstatliga samarbetet i Barentsregionen. Rådet bildades 1993 för att stödja och främja det regionala samarbetet i de nordligaste delarna av Sverige, Norge, Finland och nordvästra Ryssland.¹⁹ I dag är Danmark, Finland, Island, Norge, Ryssland, Sverige och EU-kommissionen medlemmar. Ordförandeskapet roterar vartannat år mellan Finland, Norge, Ryssland och Sverige. På regional nivå finns

¹⁸ Socialstyrelsen (2021) *Den gränsöverskridande ambulanssjukvården i Sverige. Förslag till regelverk som syftar till att möjliggöra en god och säker ambulanssjukvård när ambulanser från Danmark, Finland och Norge bistår en svensk region.*

¹⁹ Kirkenesdeklarationen, 11 januari 1993.

även ett Barents regionråd där tretton län i norra Finland, Norge, Sverige och nordvästra Ryssland är medlemmar, vilka representeras av sina landshövdingar/guvernörer.²⁰

I november 2007 undertecknade regeringarna i Finland, Norge, Ryssland och Sverige ett avtal om upprättandet av ett internationellt Barentssekretariat för samarbetet inom den euroarktiska Barentsregionen.²¹ Sekretariatet ska ge tekniskt stöd till Barents euroarktiska råds och Barents regionråds samordnade multilaterala regionala verksamhet.

Ytterligare ett avtal, det s.k. Barentsavtalet, tecknades i december år 2008 av regeringarna i Sverige, Norge, Finland och Ryssland.²² Avtalet trädde i kraft år 2012 och omfattar gränsöverskridande samarbete på områdena förebyggande av, beredskap för och insatser vid nödsituationer i Barentsregionen. Avtalet omfattar gränsöverskridande samarbete för förebyggande av, beredskap inför och insatser vid nödsituationer i Barentsregionen. Den låga befolkningstätheten i nordligaste Europa innebär att räddningstjänstresurserna är få och spridda i ett mycket stort område. Ibland kan de närmast tillgängliga resurserna finnas i ett grannland. Länderna i området har därmed nytta av att samarbeta och bistå varandra. Räddningstjänst i samband med olika olyckor innebär ofta även ett behov av sjukvård. Därmed berörs även hälso- och sjukvården av Barentssamarbetet.

Avtalet omfattar även gemensamma övningar ”Barents Rescue” som genomförs regelbundet med medverkande från lokal, regional och nationell nivå i de olika länderna. Övningarna syftar till att utveckla förmågan att ge och ta emot internationellt stöd vid hantering av naturkatastrofer, omfattande olyckor och andra nödsituationer i Barentsregionen. Även sjukvårdsinsatser ingår. Det omfattar också gemensamma övningar och utbildningar med fokus på att förbättra de avtalsslutande parternas förmåga att lämna snabb och effektiv hjälp vid räddningsinsatser. Avtalet tar således sikte på dels operativa insatser, dels utbildning och övning i syfte att förbättra parternas förmåga att lämna snabbt och effektivt stöd vid räddningsinsatser. Avtalet kan för Sveriges del komma att beröra resurser som rör såväl kom-

²⁰ Regeringskansliet (2020): *Sveriges strategi för den arktiska regionen*, s. 62.

²¹ Överenskommelse med Finland, Norge och Ryska federationen om upprättande av ett internationellt Barentssekretariat för samarbetet inom den euroarktiska Barentsregionen (SÖ 2008:1).

²² Avtal mellan regeringarna i Barentsregionen om samarbete på området förebyggande av, beredskap för och insatser vid nödsituationer (SÖ 2012:7).

munal som statlig räddningstjänst, men även andra resurser såsom militära. Sjukvårdsresurser nämns inte i avtalet, men är inte uteslutna.²³

För planering och koordinering av aktiviteter inom ramen för Barentsavtalet finns en kommitté med roterande ordförandeskap som möts årligen. Det finns också en handbok som vägleder och konkretiserar kontaktvägar och rutiner för tidig varning, begäran om assistans och annat informationsutbyte som kan vara av relevans för att vidare stärka samverkan mellan länderna. Kontaktpunkt för Sverige är Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.

Under 2019 stod Sverige, genom MSB, värd för Barents Rescue och övningen genomfördes i Kiruna. Länsstyrelserna, Polisen, räddningstjänst, Region Norrbotten och Region Västerbotten med flera, samverkade i planerings- och genomförandearbetet. Nästa Barents Rescue genomförs i Norge 2022.²⁴

Utredningen kan konstatera att även om Barentsavtalen inte primärt rör hälso- och sjukvård är samarbetet kring Barents Rescue ett betydligt mer operationaliserat samarbete än vad som finns utifrån nordiska hälsoberedskapsavtalet. Barentsavtalet är därför relevant för hälso- och sjukvårdens beredskap. De erfarenheter som dras utifrån dessa övningar behöver därför föras in i den allmänna erfarenhets- och planeringsprocessen för samtliga regioner i den mån de lärdomar som dras inte enbart har betydelse för den arktiska regionen.

Hagasamarbetet

Våren 2009 enades de nordiska ministrarna med ansvar för samhällets krisberedskap och räddningstjänst att utveckla det nordiska samarbetet inom områdena räddningstjänst, övning- och utbildning, beredskap för kemiska, biologiska, radiologiska och nukleära ämnen (CBRN), kriskommunikation till befolkningen, användande av frivilliga samt forskning och utveckling.²⁵ Syfte med Hagasamarbetet är att inrikta och stärka beredskapen i samhället för att kunna motstå och hantera allvarliga olyckor och kriser. En viktig del i detta är att kontinuerligt följa upp, identifiera och prioritera samarbetsområden. I den nordiska solidaritetsförklaringen har möjligheten till ömsesi-

²³ Sjöfartsverket m.fl., (2020): *Aktörsgemensamma insatser i oländig miljö med förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov i samband med sjö-, flyg- och fjällräddning*, s. 27.

²⁴ www.msb.se/sv/utbildning--ovning/ovning/barents-rescue/, besökt 2021-09-07.

²⁵ Haga I deklARATIONEN, 27 april 2009.

dig hjälp i händelse av att ett nordiskt land drabbas av en katastrof tillkännagivits. Denna avsiktsförklaring utgör en utgångspunkt för det nordiska samarbetet på området.²⁶

Samarbetet är inriktat mot ett robust Norden när det gäller förmågan att förebygga, motstå, hantera, återhämta och lära av olyckor och kriser. Målet för det nordiska samarbetet avseende samhällssäkerhet och beredskap är ett Norden utan gränser. Erfarenhetsutbyte av nationella eller nordiska beredskapsutmaningar före, under och efter en olycka eller kris är därför ett viktigt element för det nordiska samarbetet. Ansträngningar behöver också göras för att förebygga och begränsa konsekvenserna av olyckor och katastrofer. Samarbetet ska bidra till kostnadseffektivitet. Vidare bör ländernas förmåga att agera gemensamt, både operativt och politiskt, i olika internationella sammanhang öka samt möjligheter till gemensam kapacitetsuppbyggnad och insats utvecklas.²⁷

Utredningen kan konstateras att även detta samarbete, även om det tar sin utgångspunkt i den allmänna krisberedskapen och räddningstjänsten, har beröringspunkter med hälso- och sjukvårdens beredskap. Inte minst vad avser frågor som för CBRN.

Sverige – Finland (FISE)

Samarbetet med Finland är det mest långtgående av Sveriges försvarssamarbeten och intar i det avseendet en särställning. Under inriktningsperioden år 2016–2020 har samarbetet fördjupats avsevärt. Regeringen har styrt utvecklingen av samarbetet inom vissa specifika samarbetsområden, så som bilateral operationsplanering, övningssamarbete, sammansatta förband, etablerande av säker kommunikation, ömsesidigt nyttjande av militär infrastruktur, försvarsmaterielsamarbete, personalutbyte med mera.²⁸ Regeringen gör bedömningen att Sverige så långt som möjligt utveckla bör en gemensam operationsplanläggning med Finland samt samordna operationsplanering med Danmark, Norge, Storbritannien, USA och Nato.²⁹ Som stöd för den bilaterala

²⁶ Haga II deklARATIONEN, 4 juni 2013.

²⁷ A.a.

²⁸ Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30), s. 72.

²⁹ Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30), s. 70.

relationen med Finland finns även en lag (2020:782) om operativt militärt stöd.³⁰

Regeringen har också tagit steg mot ett utökat samarbete när det gäller krisberedskap, civilt försvar och räddningstjänst genom en avsiktsförklaring med Finland.³¹ Målet med ett fördjupat samarbete är att förbättra ländernas förmåga till resiliens och främja gemensamma intressen inom krisberedskapsområdet. Samarbetet utgår från behovet av att stärka vår förmåga att förebygga och hantera risker, sårbarheter och hot på både kort och lång sikt. Den stora bredden av påfrestningar gör att vi måste bygga beredskap för olika typer av olyckor och kriser och i yttersta fall krig. Samarbetet kan utvecklas genom att i högre utsträckning inkludera planering och beredskap för att kunna möta och hantera olika händelser. Ett fördjupat samarbete skapar även bättre förutsättningar för att ömsesidigt kunna ge och ta emot bilateralt stöd på ett effektivt sätt, inklusive värdlandsstöd.

7.5.3 EU-gemensamma stödresurser och andra initiativ

Inom ramen för EU finns ett antal funktioner som stödjer krisberedskapen vilket också inkluderar hälso- och sjukvårdsresurser. Nedan redogörs för dessa funktioner och vilka resurser som finns.

Civilskyddsmekanismen och stödresurser inom EU

Inom EU finns ett civilskyddssamarbete där alla medlemsstater samt Norge, Island, Nord Makedonien, Montenegro, Serbien och Turkiet deltar. Syftet med samarbetet, vilket anges i Lissabonfördraget, är att underlätta för deltagande stater att snabbt och effektivt kunna hjälpa varandra vid stora olyckor och kriser inom EU samt att kunna genomföra gemensamma och samordnade insatser utanför EU.³² Systemet kallas övergripande för civilskyddsmekanismen.

³⁰ Lagen (2020:782) om operativt militärt stöd mellan Sverige och Finland.

³¹ Avsiktsförklaring mellan Sverige och Finland rörande fördjupat samarbete inom krisberedskap, civilt försvar och räddningstjänst (Ju2020/04758).

³² Artikel 176 c Lissabonfördraget om ändring av fördraget om Europeiska unionen och fördraget om upprättandet av Europeiska gemenskapen, undertecknat i Lissabon den 13 december 2007 (2007/C 306/01).

EU beslutade ursprungligen om en civilskyddsmekanism för räddningstjänst år 2001.³³ Efter ett ökat antal och mer omfattande naturkatastrofer och katastrofer orsakade av människor utökades satsningen år 2013. Unionen såg framför sig att framtidens katastrofer skulle bli mer extrema och komplicerade och få både långtgående och långsiktiga konsekvenser, framför allt genom klimatförändringar och eventuell samverkan mellan flera olika typer av naturliga och tekniska risker.³⁴

Civilskyddsmekanismen inrättades med målet att stärka samarbetet mellan unionen och medlemsstaterna och underlätta samordningen på civilskyddsområdet i syfte att förbättra effektiviteten hos systemen för förebyggande av, beredskap för och insatser vid naturkatastrofer och katastrofer som orsakats av människor.³⁵ Civilskyddsmekanismen ska i första hand skydda människor, men även miljö och egendom, inklusive kulturarvet, mot alla typer av naturkatastrofer och katastrofer som orsakats av människor, inbegripet konsekvenserna av terrordåd, tekniska och radiologiska katastrofer eller miljökatastrofer, föroreningar av den marina miljön och akuta hälsokriser, som inträffar inom eller utanför unionen. När det gäller konsekvenserna av terrordåd och radiologiska katastrofer får civilskyddsmekanismen endast omfatta beredskapsåtgärder och katastrofinsatser.³⁶

År 2019 beslutade EU att stärka krisberedskapen ytterligare genom att utöka civilskyddsmekanismen med en särskild EU-gemensam reserv av resurser, rescEU.³⁷ Under våren 2021 reviderades civilskyddsmekanismen igen mot bakgrund av den pågående pandemin.

³³ Rådets beslut 2001/792/EG, Euratom av den 23 oktober 2001 om inrättande av en gemenskapsindustri för att underlätta ett förstärkt samarbete vid biståndsinsatser inom räddningstjänsten (EUT L 297, 15.11.2001, s. 7).

³⁴ Europaparlamentets och rådets beslut nr 1313/2013/EU av den 17 december 2013 om en civilskyddsmekanism för unionen.

³⁵ A.a., Artikel 1 punkt 1.

³⁶ A.a., Artikel 1 punkt 2.

³⁷ Europaparlamentets och rådets beslut (EU) 2019/420 av den 13 mars 2019 om ändring av beslut nr 1313/2013/EU om en civilskyddsmekanism för unionen.

Europeiska civilskyddspoolen

Europeiska Civilskyddspoolen³⁸, på engelska European Civil Protection Pool förkortat ECPP, består av en frivillig insatskapacitet som på förhand ställs till förfogande av medlemsstaterna och omfattar nationella förstärkningsresurser såsom moduler, annan insatskapacitet och experter.³⁹ Det bistånd som tillhandahålls av en medlemsstat genom civilskyddspoolen är avsett att komplettera befintlig kapacitet i ett drabbat land som begärt stöd, utan att det påverkar landets primära ansvar för förebyggande av och insatser vid katastrofer på deras territorium.⁴⁰ Poolens resurser är därför ett komplement till, och inte ersättning för, egna resurser.

Poolen omfattar i dag resurser från 25 medlemsländer och andra deltagande stater. Resurserna kan sättas in i ett katastrofområde med kort framförhållning och kan bestå av räddnings- eller medicinska team, experter, speciell utrustning eller transportresurser. När en katastrof inträffar och det kommer en begäran om hjälp via civilskyddsmekanismen tas stödet från civilskyddspoolen.⁴¹ Sverige har flera resurser anmälda till civilskyddspoolen.⁴²

Europeiska sjukvårdsstyrkan - en del av civilskyddspoolen

Civilskyddspoolen utvecklas kontinuerligt och innefattar sedan februari 2016 även den europeiska sjukvårdsstyrkan, på engelska The European Medical Corps, EMC. Sjukvårdsstyrkan kan förenklat beskrivas som EU:s regionala motsvarighet till Global health emergency workforce och har utvecklats i nära samarbete med WHO och utifrån deras standard för hälso- och sjukvårdsresurser.⁴³

Sjukvårdsstyrkan sattes upp i samband med den akuta bristen på tränad personal i samband med Ebola-krisen i Väst Afrika 2014. Sjukvårdsstyrkan är en del av EU:s allomfattande ansats att hantera hälso-

³⁸ Europeiska civilskyddspoolen benämndes före år 2019 Europeisk insatskapacitet vid nödsituationer, på engelska European Emergency Response Capacity, EERC, vilket förekommer i en del äldre dokument.

³⁹ A.a., Artikel 11 punkt 1.

⁴⁰ A.a., Artikel 11 punkt 1a.

⁴¹ https://ec.europa.eu/echo/what/civil-protection/european-civil-protection-pool_en, besökt 2021-04-30.

⁴² Uppdrag till Myndigheten för samhällsskydd och beredskap att anmäla Svenska nationella ambulansflyget till EU:s frivilliga resurspool (Ju2016/01954/SSK).

⁴³ Folkhälsomyndigheten, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap och Socialstyrelsen (2017), Svensk förmåga att delta i internationella hälso- och sjukvårdsinsatser, s. 12–13.

kriser och samlar alla medicinska förmågor som anmälts till civilskyddspoolen.⁴⁴ Sjukvårdsstyrkan möjliggör snabb medicinsk undsättning och tillgång till medicinsk expertis från alla medlems- och andra deltagande stater vid en medicinsk katastrof (medical emergency) inom eller utom EU. Insatserna koordineras som för övrigt inom civilskyddsmekanismen från Europeiska kommissionens centrum för samordning av katastrofberedskap, ERCC (se nedan). Efter förfrågan om europeisk hjälp kan medicinska förmågor sättas in endera från poolen eller andra medlemsstaters förmågor.⁴⁵

Katastrofmedicinska grupper (på engelska Emergency medical teams, förkortat EMT) kan ge direkt medicinsk hjälp till personer som drabbats av en katastrof. Grupperna är certifierade av WHO för att säkerställa att de möter uppställda kvalitetskrav.⁴⁶ Så här långt har Belgien, Estland, Frankrike, Italien, Norge, Portugal, Spanien, Tjeckien och Tyskland ställts sådana grupper till förfogande. Alla grupper är ännu inte certifierade av WHO. Utöver detta erbjuder Tyskland ett specialiserat fältsjukhus med isoleringsmöjligheter för infektionssjukdomar från tyska Röda Korset.

Mobila biosäkerhetslaboratorier utvecklades och sattes in under Ebola-krisen 2014. Belgien har sedan dess ställt sitt B-Life Lab (Biological Light Fieldable Laboratory for Emergencies) till förfogande och Tyskland har gjort motsvarande med European Mobile Laboratory, som koordineras av Bernhard-Nocht-Institutet för tropisk medicin.

Kapacitet att genomföra medicinsk evakuering och transport är en nyckelförmåga i masskadesituationer som innebär behov av att evakuera EU-medborgare och för att ta hem humanitär och medicinsk personal från katastrofområden om så behövs.

Arbete pågår också med att underlätta mobilisering och insats med medicinska experter som har specifika kompetensprofiler. Exempel på sådan kompetens är epidemiologer med fältvana eller brännskadeexperter som kan hjälpa till med bedömning av vård för ett stort antal brännskadade.

⁴⁴ https://ec.europa.eu/echo/what-we-do/civil-protection/european-medical-corps_en, besökt 2021-04-29.

⁴⁵ https://ec.europa.eu/echo/what-we-do/civil-protection/european-medical-corps_en, besökt 2021-04-29.

⁴⁶ Världshälsoorganisationen (2021): Classification and minimum standards for emergency medical teams, (ISBN 978-92-4-002933-0).

RescEU

RescEU inrättades år 2019 för att tillhandahålla bistånd vid övermäktiga situationer när den totala befintliga kapaciteten på nationell nivå och den kapacitet som medlemsstaterna på förhand ställt till Europeiska civilskyddspoolens förfogande under rådande omständigheter inte räcker till. RescEU är därmed ett ytterligare lager av resurser men som organiseras av enskilda medlemsländer på uppdrag av EU och finansieras av kommissionen. För att säkerställa en effektiv insats vid katastrofer ska kommissionen och medlemsstaterna i förekommande fall säkerställa en geografisk fördelning av rescEU-kapacitet.⁴⁷ Kommissionen fastställer genom genomförandeakter den kapacitet som rescEU består av. I detta arbete beaktas identifierade och framväxande risker, total kapacitet och brister på unionsnivå, i synnerhet på områdena luftburen skogsbrandsbekämpning, kemiska, biologiska, radiologiska och nukleära incidenter och akutsjukvård inklusive medicinteknisk utrustning samt transport, logistik och ”shelter” (motsvarande boendelösningar/tältläger). Genomförandeakterna ska säkerställa förenlighet med annan tillämplig unionslagstiftning.⁴⁸

RescEU är därmed en funktion som ska skydda medborgarna mot katastrofer och hantera ökade risker i samhället. Inrättandet av rescEU innebar också upprättande av en ny europeisk reserv med olika former av resurser som innefattar brandbekämpningsflygplan och helikoptrar, flygplan för medicinsk evakuering och lager av sjukvårdsutrustning och fältsjukhus som ska kunna stödja vid medicinska katastrofer och andra händelser som involverar kemiska, biologiska, radiologiska eller nukleära ämnen. RescEU är under uppbyggnad men innefattar i dagsläget nio katastrofmedicinska lager, varav ett står i Sverige, ett plan för transport av smittsamma patienter, samt resurser för att släcka bränder från luften, bland annat med flygplan och helikoptrar i Sverige.

⁴⁷ Artikel 12 punkt 1 Europaparlamentets och rådets beslut (EU) 2019/420 av den 13 mars 2019 om ändring av beslut nr 1313/2013/EU om en civilskyddsmekanism för unionen.

⁴⁸ A.a., Artikel 12 punkt 2.

Europeiska kommissionens centrum för samordning av katastrofberedskap

Europeiska kommissionens centrum för samordning av katastrofberedskap, på engelska European Rescue Coordination Center i det följande förkortat ERCC, är den operativa ledningsfunktionen för civilskyddsmekanismen. ERCC återfinns organisatoriskt under EU-kommissionens direktorat för humanitärt bistånd och civilskydd (DG-ECHO). ERCC ska garantera operativ kapacitet dygnet runt och stå till medlemsstaternas och kommissionens tjänst för att uppnå målen för civilskyddsmekanismen.⁴⁹

ERCC koordinerar hjälpen till katastrofdrabbade länder i och utanför EU, säkerställer ett snabbt insättande av krisstöd och fungerar som en koordineringscenter mellan EU:s medlemsstater, de sex ytterligare deltagande staterna (Island, Montenegro, Nord Makedonien, Norge, Serbien och Turkiet), det drabbade landet och civilskydds- och humanitära experter. Funktionen är bemannad dygnet runt.⁵⁰ Sveriges nationella kontaktpunkt för ERCC är MSB, med undantag för frågor kring miljöräddningstjänst till sjöss då Kustbevakningen är kontaktpunkt. Grundprincipen är att det land som begär stöd genom ERCC står för uppkomna kostnader. Samtidigt finns ökad möjlighet till delfinansiering av insats- och transportkostnader i samband med en ERCC-koordinerad insats.

Andra EU-initiativ

I sitt tal om tillståndet i unionen 2020 uppmanade kommissionens ordförande Europa att dra lärdom av den rådande krisen och bygga upp en europeisk hälsounion. I takt med att erfarenheter dras av den pågående pandemin kommer EU-medlemsstaterna med samlade krafter att kunna bidra till att avhjälpa enskilda brister.⁵¹ Kommissionen har med anledning av detta aviserat tre lagstiftningsförslag som rör förordning om allvarliga gränsöverskridande hot mot människors

⁴⁹ Artikel 7 Europaparlamentets och rådets beslut nr 1313/2013/EU av den 17 december 2013 om en civilskyddsmekanism för unionen.

⁵⁰ https://ec.europa.eu/echo/what/civil-protection/emergency-response-coordination-centre-erc_en, besökt 2021-04-30.

⁵¹ Meddelande från kommissionen till Europaparlamentet, Rådet, Europeiska ekonomiska och sociala kommittén samt regionkommittén – Skapande av en europeisk hälsounion – förstärkning av EU:s resiliens mot gränsöverskridande hot mot människors hälsa (COM[2020] 724 final), s. 2.

hälsa, förslag om att utöka Europeiska läkemedelsmyndighetens, EMA:s, mandat samt förslag om ett utökat uppdrag för Europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar, ECDC. Förslagen som rör försörjning har tidigare berörts i delbetänkandet En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården.⁵² Ett annat initiativ är att kommissionen i skapandet av hälsounionen föreslår en ny funktion för beredskap och insatser vid hälsokriser (Hera).

Hera

Kommissionen aviserade i samband med bildandet av en hälsounion år 2020 inrättandet av en ny myndighet för beredskap och insatser vid hälsokriser, i det följande förkortat Hera.⁵³ Kommissionen bedömer att covid-19 sannolikt inte kommer att vara den enda globala eller Europaomfattande hälsokrisen under detta århundrade och för att föregripa detta krävs därför enligt kommissionen en särskild europeisk myndighet som ska stärka EU:s beredskaps- och insatsförmåga i fråga om nya och framväxande gränsöverskridande hot mot människors hälsa. Myndighetens uppdrag föreslås bl.a. göra det möjligt för EU och medlemsstaterna att snabbt sätta in de mest avancerade medicinska och andra åtgärderna i händelse av en hälsokris, genom att täcka in hela värdekedjan från utformning till distribution och användning.

Efter förhandlingar med medlemsstaterna beslutade kommissionen i september år 2021 att inrätta Hera som en myndighet vid kommissionen.⁵⁴

Hera ska arbeta för att förbättra beredskapen och insatserna vid allvarliga gränsöverskridande hot i fråga om medicinska motåtgärder, särskilt genom att

- a) stärka samordningen vad gäller hälsosäkerhet inom unionen vid beredskap och krisinsatser och sammanföra medlemsstaterna, näringslivet och relevanta berörda parter i en gemensam ansträngning,

⁵² En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19), s. 236.

⁵³ Meddelande från kommissionen till Europaparlamentet, Rådet, Europeiska ekonomiska och sociala kommittén samt regionkommittén – Skapande av en europeisk hälsounion – förstärkning av EU:s resiliens mot gränsöverskridande hot mot människors hälsa [COM(2020) 724 final], s. 21.

⁵⁴ Artikel 1 i Kommissionens beslut av den 16 september 2021 om inrättande av myndigheten för beredskap och insatser vid hälsokriser (2021/C 393 I/02).

- b) åtgärda sårbarheter och strategiska beroendeförhållanden inom unionen när det gäller utveckling, produktion, upphandling, lagerhållning och distribution av medicinska motåtgärder,
- c) bidra till att stärka den globala strukturen för beredskap och insatser vid hälsokriser.⁵⁵

Hera ska vidare ansvara för bedömning av hälsohot och inhämtning av information som är av betydelse för medicinska motåtgärder, främjande av avancerad forskning och utveckling när det gäller medicinska motåtgärder och tillhörande teknik, hantering av marknadsutmaningar och stärkande av unionens öppna strategiska oberoende när det gäller framtagning av medicinska motåtgärder, snabb upphandling och distribution av medicinska motåtgärder, ökning av lagringskapaciteten för medicinska motåtgärder samt stärkande av kunskap och kompetens i fråga om beredskap och insatser som rör medicinska motåtgärder. Uppgifterna ska utföras i nära samarbete med medlemsstaterna.⁵⁶

En politisk överenskommelse har också gjorts kring framtagandet av ett särskilt regelverk med ramverk för medicinska motåtgärder.⁵⁷

En stor del av Heras verksamhet och det föreslagna regelverket förefaller enligt utredningen vara inriktad på att stimulera framtagande, produktion och lagerhållning av nya läkemedel som vacciner eller terapier mot hälsohot, en parallell till den i USA omtalade programmet Barda (Biomedical Advanced Research and Development Authority). Kommissionen beskriver också Hera som ett europeiskt Barda, ett komplement till de redan befintliga myndigheterna EMA och ECDC. Kommissionen menar att synergier och komplementaritet till befintliga EU-organ och relevanta utgiftsprogram kommer att säkerställas. Avsikten är att Hera ska vara operativ under första delen av år 2022.

Utredningen kan konstatera att Hera och de kommande regelverken har påverkan på vad utredningen tidigare har framfört om försörjningsberedskap i relation till Europeiska unionen. Utredningens ställningstaganden i dessa delar framgår av det tidigare betänkandet *En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården*.⁵⁸ De nu föreslagna strukturernas bedöms inte ha någon avgörande påverkan på ut-

⁵⁵ Artikel 2 punkt 1 i ovan nämnda beslut.

⁵⁶ Artikel 2 punkt 2 i ovan nämnda beslut.

⁵⁷ Politisk överenskommelse om kommissionens regelverk för nödsituationer med medicinska motåtgärder (2021/0294[NLE]).

⁵⁸ En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19), s. 391 ff.

redningens förslag i detta betänkande men är naturligtvis strukturer på EU-nivå som Sverige måste förhålla sig till och som i vissa delar säkert kan underlätta den EU-gemensamma hanteringen av hälsokriser. De föreslagna regelverken får inte hindra eller på annat sätt negativt påverka Sveriges möjligheter att själva vidta åtgärder för att skydda liv och hälsa. Hera och de föreslagna regelverken är vad utredningen förstår inte heller heltäckande utan inriktade på hälsokriser och inte alla de andra mycket svåra och påfrestande situationer som kan påverka hälso- och sjukvården i en medlemsstat.

7.5.4 FN och dess fackorgan WHO

FN har en ledande roll i samordningen av internationella humanitära insatser för att rädda liv och lindra nöd i samband med väpnade konflikter, naturkatastrofer och andra katastrofliknande förhållanden. Organet för humanitär samordning, på engelska Office for the coordination of humanitarian affairs förkortat OCHA har det övergripande ansvaret för att samordna FN:s internationella humanitära insatser.

Världshälsoorganisationen

Världshälsoorganisationen, på engelska World Health Organization i det följande förkortat WHO, bildades 1948 och är ett av Förenta nationernas fackorgan. WHO har sitt huvudkontor i Genève.

År 2016 lanserade WHO ett program för hälsokatastrofer, WHO Health Emergencies Programme, förkortat WHE. WHE är sammanhållande för all operativ kapacitet på området och ska öka WHO:s förmåga att reagera och agera snabbare och mer effektivt på globala sjukdomsutbrott och hälsokatastrofer.

Programmet syftar till att minska konsekvenserna för människors hälsa vid utbrott och katastrofer genom att hjälpa länder att stärka sin kapacitet att upptäcka, förebygga och hantera katastrofer, mildra riskerna av högsmittsamma sjukdomar, upptäcka och bedöma akuta hälsohot och informera beslutsfattare på hälsoområdet, snabbt och effektivt svara på hälsokatastrofer samt säkerställa att WHO:s

arbete vid katastrofer är effektivt, långsiktigt finansierat, tillräckligt bemannat och operationellt redo för att uppfylla sitt uppdrag.⁵⁹

WHO bevakar hälsokatastrofer varje dag, 24 timmar om dygnet genom WHO:s ledningsnätverk för nödsituationer på folkhälsoområdet, på engelska Public Health Emergency Operations Centre Network. Verksamheten leds från WHO:s strategiska ledningscentral för hälsofrågor, på engelska Strategic Health Operations Centre, i det följande förkortat SHOC.⁶⁰ Vid en eventuell större hälsokatastrof tillhandahåller SHOC en kommunikationsplattform för att samla in mer information från det drabbade landet och andra källor. När tillräcklig information finns samlad bidrar SHOC med riskbedömning och WHO:s svar på händelsen.

WHO förlitar sig till stora delar på andra länder och organisationers (t.ex. internationella Röda Korset) förmågor vid insatser. Sådana förmågor kan vara olika former av förstärkningsresurser eller enskilda experter. Förstärkningsresurserna utgörs ofta av så kallade katastrofgrupper, på engelska Emergency Medical Teams, förkortat EMT. Grupperna består av olika kategorier av sjukvårdspersonal, ofta med traumakompetens. Ebolautbrottet i Västafrika har dock visat på behov av även andra kompetenser. EMT ska uppfylla WHO:s krav och deras förmåga ska registreras.⁶¹ Krav och standarder har nyligen uppdaterats.⁶² WHO:s del i arbete är att ta fram standarder och gemensamma krav samt att stötta länderna i framtagandet av EMT.

År 2000 bildades det globala larm- och responsnätverket, på engelska Global Outbreak Alert and Response Network, i det följande förkortat GOARN för att komplettera WHO:s övriga strukturer för övervakning, varning och hantering av omfattande utbrott av smittsamma sjukdomar. GOARN stöder genomförandet av det internationella hälsoreglementet⁶³ och ger omfattande assistans till olika länder genom att tidigt utreda signaler om utbrott samt bidra till insatser. Nätverket kan skicka tekniska team med olika typer av expertis samt hjälpa till att bygga upp nationell och internationell expertis och insatser vid utbrott av smittsamma sjukdomar såsom kolera, dengue,

⁵⁹ www.who.int/westernpacific/about/how-we-work/programmes/who-health-emergencies-programme, besökt 2021-09-09.

⁶⁰ www.who.int/emergencies/operations, besökt 2021-09-09.

⁶¹ Världshälsorganisationen (2013): *Classification and minimum standards for foreign medical teams in sudden onset disasters*.

⁶² Världshälsorganisationen (2021): *Classification and minimum standards for emergency medical teams*, (ISBN 978-92-4-002933-0).

⁶³ www.who.int/health-topics/international-health-regulations, besökt 2021-09-09.

encefalit och blödarfebrar. I likhet med ovan beskrivna riktlinjer för EMT pågår ett arbete på WHO med att utveckla liknande för så kallade snabbinsatsgrupper för folkhälsohändelser, på engelska Public Health Rapid Response Teams förkortat PHRRT. Dessa grupper förväntas ha en bred och varierad expertis såsom utbrottsepidemiologisk förmåga och mobil laborativ kapacitet. Grundläggande samt tekniska riktlinjer (t.ex. för logistik, vaccinationsprogram, laboratoriekapacitet) är under utveckling genom en parallell process till EMT-initiativet och planeras i framtiden också kvalitetssäkras av WHO.⁶⁴

Utredningen kan konstatera att även Sverige i vissa mycket svåra situationer sannolikt skulle kunna erhålla stöd genom WHO:s mekanismer. WHO bidrar genom sitt stöd till länder och organisationer samt sina riktlinjer kring utbildning och förmågor till att en gemensam standard och nivå på resurser uppnås samt att insatser med dessa koordineras. Det kan konstateras att även EU använder samma standard för EMT.

7.5.5 Nato

Nordatlantiska fördragsorganisationen (Nato) (engelska: North Atlantic Treaty Organization, förkortat NATO; franska: Organisation du traité de l'Atlantique Nord, förkortat OTAN) är i huvudsak en politisk organisation med militära resurser, inte tvärtom. Under kalla kriget utgjorde Nato i många fall ett viktigt utrikespolitiskt verktyg.⁶⁵ Nato som allians fastställdes genom undertecknandet av det Nordatlantiska fördraget den 4 april 1949. Fördragsorganisationen, igångsatt 1951, utgör ett system med kollektivt försvar där dess medlemsländer är överens om att ömsesidigt försvara varandra mot yttre angrepp.⁶⁶

Nato arbetar inte bara med det militära verktyget utan arbetar även med verktyg för civil beredskap. Inom Nato har det civila beredskapsarbetet varit ett stöd för militära operationer i krig men också

⁶⁴ Folkhälsomyndigheten, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap och Socialstyrelsen (2017), *Svensk förmåga att delta i internationella hälso- och sjukvårdsinsatser*, s. 10–11.

⁶⁵ Socialstyrelsen m.fl. (2021): *Natos civila beredskapsarbete*, s. 12.

⁶⁶ A.a.

vid naturkatastrofer och större olyckor. Det civila beredskapsarbetet är dock ett i huvudsak nationellt ansvar.⁶⁷

Sveriges samarbete med Nato sker inom ramen för Partnerskap för fred (PFF).⁶⁸ Sverige gick med i PFF 1994. År 1997 anslöt sig Sverige även till Euro-atlantiska partnerskapsrådet, Euro-Atlantic Partnership Council (EAPC) som är den politiska ramen för arbetet inom PFF. Det är ett forum för konsultationer mellan Nato- och partnerländer. EAPC och PFF är inte fristående institutioner, utan är kopplade till Natostrukturen. Grundprincipen för samarbetet är frivillighet vilket innebär att varje enskilt partnerland bestämmer i vilken utsträckning det deltar i samarbetet.⁶⁹

Sverige har visat starkt politiskt engagemang för EAPC och gett ekonomiska bidrag till PFF:s frivilligfonder, Trust Funds, och erbjudit praktisk hjälp i form av utbildning till andra partnerländer.⁷⁰

Nato är i dag en central aktör för europeisk säkerhet och integration samt för internationell krishantering. Nato upprätthåller kollektivt säkerhetsgarantierna inom alliansen. Nato utgör det viktigaste forumet för en bred säkerhetspolitisk dialog mellan USA och Europa. Sverige bör enligt regeringen fortsätta att utveckla samarbetet med Nato inom ramen för partnerskapet. Det ger en möjlighet att utveckla militära förmåga och att bidra till civila och militära kvalificerade kris- hanteringsinsatser.⁷¹

För arbetet med det civila försvaret är Natos erfarenheter med att säkerställa samhällsviktiga funktioner värdefulla. Detta exemplifieras genom arbetet med Natos sju civila grundläggande förmågor (Baseline requirements for national resilience) som utgör en central utgångspunkt i det nationella arbetet. År 2014 erhöll Sverige och Finland samt Jordanien, Australien och Georgien status som Enhanced Opportunities Partner (EOP). Sedan 2016 gäller ett samförståndsavtal mellan Nato och Sverige avseende värdlandsstöd. Avtalet skapar förutsättningar för att ge och ta emot militärt stöd, i linje med den solidariska säkerhetspolitiken, och förenklar övnings-samarbete. Regeringen betonar vikten av att fortsätta utveckla partnerskapet inom ramen för

⁶⁷ Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30), s. 58.

⁶⁸ Raminstruktion för det svenska civila beredskapsarbetet inom ramen för Nato/PFF (Ju2021/00361).

⁶⁹ Socialstyrelsen m.fl. (2021): Natos civila beredskapsarbete, s. 16.

⁷⁰ A.a.

⁷¹ A.a., s. 70.

EOP-statusen.⁷² Detta ställer krav på det civila samhällets förmåga, exempelvis vad gäller hälso- och sjukvård.

Det civila beredskapsarbetet inom Nato är inriktat mot tre övergripande områden:

- förmågan att upprätthålla politiskt beslutsfattande och centrala ledningsfunktioner,
- säkerställandet av viktiga samhällsfunktioner och
- civilt stöd till militära verksamheter.

Utifrån dessa tre områden har Nato identifierat sju civila förmågor (Baseline requirements for national resilience) som ska bidra till att upprätthålla alliansens kollektiva försvarsförmåga och möta hot som utmanar den kollektiva säkerheten. Nato har tagit fram en vägledning samt utvärderingskriterier för hur den civila beredskapen ska stärkas i enlighet med förmågorna.⁷³ Förmågorna avser:

1. säkerställande av politiskt beslutsfattande och centrala ledningsfunktioner,
2. resilient energiförsörjning,
3. effektiv hantering av okontrollerade stora befolkningsrörelser,
4. resilienta system för livsmedels- och dricksvattenförsörjning,
5. hantering av stora masskadeutfall,
6. resilienta civila kommunikationssystem, och
7. resilienta transportsystem.

Organisation och planering

Civil Emergency Planning Committee (CEPC) är Natos högsta organ för civila beredskapsfrågor. CEPC är sammanhållande inom Nato för bl.a. civil beredskapsplanering, skydd av samhällsviktiga funktioner, civilt stöd vid omfattande olyckor och kriser samt Natos hantering av hybrid- och terrorhot. Under CEPC verkar sex planeringsgrupper:

⁷² A.a., s. 77–78.

⁷³ Raminstruktion för det svenska civila beredskapsarbetet inom ramen för Nato/PPF (Ju2021/00361).

- Planeringsgruppen för transportfrågor (Transport Group, TG).
- Planeringsgruppen för livsmedels- och jordbruksfrågor (Food and Agriculture Planning Group, FAPG).
- Planeringsgruppen för hälsofrågor (Joint Health Group, JHG).
- Planeringsgruppen för civila kommunikationer (Civil Communication Planning Group, CCPG).
- Planeringsgruppen för energifrågor (Energy Planning Group, EPG).
- Planeringsgruppen för civilskyddsfrågor (Civil Protection Group, CPG).

Frågor som har bäring på den civila beredskapen kan även hanteras i andra delar av Natostrukturen, inklusive vid Natos kunskapscentrum (Centre of Excellence).⁷⁴ Dessa centra finns på några platser runt om i världen och bedriver inom till exempel området hälso- och sjukvård, forskning och utveckling. Exempelvis finns Natos kunskapscentrum för försvarsmedicin (Nato Centre of Excellence for Military Medicine, COEMEDS) i Budapest i Ungern samt Natos kunskapscentrum för (Crisis Management and Disaster Response Centre of Excellence, CMDR COE) i Sofia, Bulgarien.

Vad gäller hälso- och sjukvårdens beredskap är planeringsgruppen för hälsofrågor (Joint Health Group, JHG) den mest relevanta gruppen men som i alla andra sammanhang finns tvärsektoriella beroenden.

Regeringskansliet (Justitiedepartementet) representerar Sverige vid CEPC-plenarmöten (huvudstadsformat) med stöd av Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB). Sveriges delegation vid Nato representerar Sverige vid CEPC-möten i permanentformat. Socialstyrelsen representerar Sverige i planeringsgruppen för hälsofrågor. Även t.ex. Folkhälsomyndigheten ska delta i möten om agendan berör deras område.⁷⁵

Planeringsgruppen för hälsa genomför seminarier, tar fram utbildningar och vägledningar. Planeringsgruppen ger en möjlighet till kunskapsöverföring och forum för samsyn om utmaningar inom och förmåga hos medlemsländerna. Inget motsvarande forum med fokus på det civil-militära området och med ett internationellt perspektiv

⁷⁴ A.a.

⁷⁵ A.a.

finns i dag i Sverige. Den svenska Försvarmakten medverkar i separata, militära planeringsgrupper (motsvarande) som arbetar med militär hälso- och sjukvård inom Nato, bland annat Committee of Chiefs of Military Medical Services in NATO (COMEDS). Samarbetet mellan Socialstyrelsen och Försvarmakten inom området hälso- och sjukvård vad avser Nato är mycket begränsat medan det nationella samarbetet ökat sedan 2016. Under årens lopp har gruppen bland annat arbetat med telemedicin, hantering av händelser med farliga ämnen och hur civila och militära resurser kan användas vid luftburen medicinsk evakuering. I arbetet med olika vägledningar har masskadesituationer, okontrollerade befolkningsrörelser, läkemedel och sjukvårdsmateriel stått i fokus. På senare tid har det civila samhällets stöd till Nato blivit allt viktigare, som del av arbetet med resiliens.⁷⁶

Respektive departement ansvarar för verksamhet inom de egna sakområdena som berörs av Natos civila beredskapsarbete. Berörda departement och myndigheter ansvarar för att inom sina respektive områden säkerställa att information och lärdomar från det civila beredskapsarbetet med Nato omhändertas i arbetet med krisberedskap och civilt försvar. Svenska myndigheter som deltar i aktiviteter anordnade av Nato ansvarar för att ha kunskap om och förmåga att hantera de särskilda säkerhetskrav som finns uppställda för samarbetet, t.ex. gällande kommunikationsutrustning för spridning av information och att personal är säkerhetsprövad.⁷⁷

Inriktning för arbetet

Regeringen har angett inriktningen för Sveriges deltagande i det Natos civila beredskapsarbete.⁷⁸ Följande grundhållning ska vara vägledande för svenskt deltagande i Natos civila beredskapsarbete.

- De möjligheter som ett differentierat partnerskap erbjuder för att bidra till insyn och inflytande, stärkt politisk dialog, bättre operativ effekt, kostnadseffektivitet och ökad interoperabilitet bör utnyttjas i full utsträckning.

⁷⁶ Socialstyrelsen m.fl. (2021): Natos civila beredskapsarbete, s. 20.

⁷⁷ A.a.

⁷⁸ A.a.

- Sverige ska verka för ökad samverkan mellan Nato och EU samt mellan Nato och andra internationella organisationer inom ramen för respektive organisations mandat.
- Sverige ska värna och ytterligare främja det transatlantiska samarbetet. Det är av strategisk betydelse att vidmakthålla USA:s och Kanadas intresse för samarbetet med Europa.
- Sverige ska inom Natos civila beredskapsarbete främja den nordiska dimensionen.
- Sverige ska bidra till dialogen med Nato kring säkerheten i vårt närområde.
- Sverige ska eftersträva ökad svensk närvaro i relevanta Nato-strukturer, bl.a. genom sekonderingar och andra former av tidsbegränsad tjänstgöring, liksom bidrag till de civila expertpoolerna.

Vidare anger regeringen vilka områden som de svenska myndigheterna ska prioritera i arbetet i de olika planeringsgrupperna. Dessa är utvecklingen av civilt försvar som en del av totalförsvaret, civil beredskapsplanering i relation till det svenska värdlandsstödvtalet med Nato samt ett utvecklat samarbete i utformning och genomförande av övningar. Vad gäller värdlandsstödvtalet anger regeringen att Sverige ska kunna ge och ta emot militärt och civilt stöd. Det är avgörande för att skapa en reell möjlighet att agera tillsammans och samordnat i händelse av en kris eller krig. Värdlandsstödvtalet med Nato ger Sverige möjlighet att förbättra förutsättningarna för att vi effektivt ska kunna ge och ta emot militärt stöd från Nato vid kris eller krig. Ett effektivt värdlandsstöd kräver att det inom det civila försvaret säkerställs praktiska och logistiska arrangemang till stöd för militära verksamheter. Ett väl fungerande värdlandsstöd underlättar också för Sverige att vara värdland för internationella övningar.⁷⁹

⁷⁹ A.a.

*The Euro-Atlantic Disaster Response Coordination Centre
(EADRCC)*

Euro-Atlantic Disaster Response and Coordination Centre (EADRCC) bildades 1998 genom EAPC som ett verktyg för Nato:s civila beredskapsplanering och som ett av två grundläggande element i EAPC:s politik inom området internationell katastrofhjälp. Den andra, kompletterande delen är Euro-Atlantic Disaster Response Unit (EADRU), en icke-stående, multinationell struktur bestående av civila och militära resurser som kan användas i händelse av större naturkatastrofer och efter en avslutad konflikt.⁸⁰

Inledningsvis var EADRCC involverad i att samordna insatserna från EAPC-länder som stödde flyktingar under kriget i Kosovo i slutet av 1990-talet. Sedan dess har EADRCC svarat på mer än 60 ansökningar om stöd, framför allt från stater som drabbats av naturkatastrofer. Efter terroristattacker den 11 september 2001 har EADRCC också fått i uppdrag att samordna internationellt bistånd från EAPC-länder för att ta itu med följderna av CBRN incidenter, som också omfattar terrorism.⁸¹

I januari 2004 vidgades EADRCC:s mandat till att svara på begäran om bistånd från den afghanska regeringen i händelse av naturkatastrofer. Tre år senare var detta mandat utvidgat till alla områden där Nato är inblandat militärt.⁸²

I dag har EADRCC:s uppgift vidgats till att erbjuda stöd på global nivå.⁸³

FN behåller den primära rollen för att samordna internationell katastrofhjälp och EADRCC samordnar alltid begäran om stöd med både UN OCHA och EU ERCC.⁸⁴ När resurser som ingår i EADRU sätts in i ett krisområde sker det i enlighet med de s.k. Oslo-riktlinjerna som utarbetats av FN:s kontor för samordning av humanitära frågor (OCHA). Dessa riktlinjer innehåller allmänna principer för utnyttjandet av militära och civila tillgångar (MCDA) i katastrofhjälpssituationer.⁸⁵ I enlighet med dessa ”Oslo-riktlinjer” kommer de

⁸⁰ A.a., s. 29.

⁸¹ A.a.

⁸² A.a.

⁸³ A.a.

⁸⁴ www.nato.int/nato_static_fl2014/assets/pdf/2020/4/pdf/200401-EADRCC-Requesting-assistance-in_3.pdf, besökt 2021-05-06.

⁸⁵ United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA): *Oslo Guidelines – Guidelines on The Use of Foreign Military and Civil Defence Assets In Disaster Relief*, revision 1.1. November 2007.

nationella elementen i EADRU som utplaceras på katastrofhjälpsuppdrag i princip att vara oskyddade och ha sina respektive nationella uniformer. I undantagsfall kan den interna situationen i de drabbade nationerna kräva att personal ska bära vapen för eget skydd (självförsvar).

Sammanfattning Nato

Det kan av ovanstående konstateras att det inte kan uteslutas att personella resurser både i fredstida kriser och i höjd beredskap och krig kan ställas till Sveriges förfogande eller stödja Sverige även genom Natos försorg. Sådant stöd vad avser hälso- och sjukvård i sker sannolikt i huvudsak inom ramen för EACP. Därtill kan det noteras att militära förband ur Nato precis som svenska militära förband sannolikt innehåller vissa sjukvårdskomponenter i huvudsak ämnade att ta hand om det skadeutfall som sker på stridsfältet. Sverige behöver därmed ta höjd för en lagstiftning som innebär att personal och materiel som medföljer sådana resurser kan användas i Sverige. I avsnitt 8.2.10 bedömer utredningen att de rättsliga förutsättningarna för detta på hälso- och sjukvårdens område bör utredas närmare.

8 Personalförstärkning

Personal är hälso- och sjukvårdens viktigaste resurs. Utan personal kan ingen vård bedrivas. Med tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och nödvändiga sjukvårdsprodukter¹ kan livräddande sjukvård bedrivas även under mycket enkla förhållanden. Förutom legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och undersköterskor som utför den direkta vården utgör andra yrkesgrupper t.ex. fastighetstekniker, inköpare, it-tekniker, jurister, kökspersonal, lokalvårdare, medicintekniska ingenjörer och personalvetare viktiga stödfunktioner som avsevärt förbättrar förutsättningarna för sjukvårdspersonalen att bedriva vård.

I hälso- och sjukvården ställs höga krav på personalens utbildning, erfarenhet och kompetens. Det finns få regler som anger exakt vilken kompetens som krävs för att utföra vårduppgifter i hälso- och sjukvårdsregelverken. Det är vårdgivaren som har en skyldighet att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i bl.a. hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls. Vårdgivaren ska också vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador.²

Därutöver finns ett personligt yrkesansvar som gäller all hälso- och sjukvårdspersonal som regleras i 6 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659). Där anges bl.a. att hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.³

I situationer när sjukvården är ansträngd t.ex. på grund av ett stort antal samtidigt skadade eller sjuka är det viktigt att vårdpersonalen används på ett effektivt sätt. Sådana situationer kan uppstå både i normalläge och i höjd beredskap och ha sin grund i t.ex. olyckor, antago-

¹ Med sjukvårdsprodukt avses läkemedel, medicintekniska produkter, livsmedel för speciella medicinska ändamål och personlig skyddsutrustning, se utredningens föregående betänkande SOU 2021:19.

² 3 kap. 1 och 2 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659).

³ 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

nistiska händelser, smitta eller krigshandlingar. Möjligheterna till personalförstärkning är då få, bl.a. beroende på höga kompetens- och kvalitetskrav. Vidare är, som utredningen konstaterat i avsnitt 7.5.1, utsikterna för att Sverige ska få internationellt stöd i form av hälso- och sjukvårdspersonal sannolikt mycket små i situationer där även andra länder har en ansträngd situation i vården.

Regeringen konstaterar, bl.a. mot erfarenheterna av coronapandemin, att tillgången på personal som har den kompetens som krävs för de vårdbehov som ska tillgodoses i en krissituation, inklusive vid stora utbrott av smittsamma sjukdomar, är en begränsande faktor. Utredningen har därför i uppdrag att analysera och lägga fram förslag på hur hälso- och sjukvårdens behov av personal med adekvat kompetens kan tillgodoses på ett mer effektivt sätt vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap samt att analysera förutsättningarna för kommuner och regioner att ta i anspråk hälso- och sjukvårdspersonal som till vardags inte är anställd i kommunen eller regionen och vid behov lämna förslag om detta.⁴

Två sätt att möta det ökade behovet av personal

Utredningen kan inledningsvis konstatera att det i huvudsak finns två sätt att möta det ökade behovet av personal som uppstår i situationer då sjukvården utsätts för en hög belastning t.ex. genom ett stort antal samtidigt skadade eller sjuka. Det ena är att nyttja befintlig personal effektivare. Med detta förhållningssätt blir centrala frågor hur mycket och på vilket sätt det går att effektivisera utan att minska vårdkvalitén, riskera patientsäkerheten och försämra arbetsmiljön för personalen på ett sätt som inte är acceptabelt eller hållbart. Vikten av uthållighet över tid behöver också beaktas. Erfarenhet från hälso- och sjukvårdsområdet i vardagen visar att det även under ”normala” fredstida förhållanden finns svårigheter att få de personella resurserna att räcka till (se vidare 8.2.1).

Det andra handlar om att försöka tillföra resurser utifrån för att förstärka organisationen. Frågor som då blir centrala är vilken personal som faktiskt går att tillföra, vilken kompetens personalen har och hur man på bästa sätt kan stödja med andra yrkeskategorier för att

⁴ Tilläggsdirektiv till Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap (S 2018:09), (dir. 2020:84), s. 5.

på ett hållbart sätt få ut så mycket som möjligt av den kvalificerade hälso- och sjukvårdspersonalen. Båda dessa alternativ måste sannolikt användas och balanseras. Oavsett vilken av principerna som används måste arbetet med att planera eller genomföra personalförstärkning ta sin utgångspunkt i vårdens behov dvs. vilken vård som ska bedrivas.

Utbildningens roll i personalförsörjningen

Utbildning är en central fråga både när det gäller att få ordinarie personal att räckta till mer och att tillföra personal. Utbildningsfrågan behöver liksom hela personalförsörjningsfrågan analyseras utifrån kompetens- och kvalitetskraven, kostnadseffektivitet, tillgänglighet och ändamålsenlighet i övrigt.

Andra frågor att beakta är vad som kan och bör göras i förväg respektive vad som ska beaktas som möjliga nödgärder för personalförsörjning under en pågående allvarlig samhällsstörning. I ena änden av skalan finns åtgärder med mycket hög kvalitet som att stärka grundbemanningen genom t.ex. utökade platser på utbildningarna av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Det medför höga kostnader och tar tid. I andra änden av skalan, med lägre kvalitet och lägre kostnader (men högre risker), finns snabbutbildning av spontanfrivilliga vid en mycket ansträngd situation under en svår samhällsstörning. Mest relevant torde vara att fokusera på de mest gångbara alternativen mellan dessa ytterligheter. I detta sammanhang måste beaktas att det inte alltid utifrån gällande rätt är ett alternativ att välja det mest kostnadseffektiva alternativet. Lagstiftningen på hälso- och sjukvårdsområdet ställer höga krav på att den som utför vårdåtgärder har den kompetens som krävs för uppgiften och att vården sker utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Det är därmed en balansgång mellan behoven av att tillföra personal till vården och att upprätthålla en patientsäker vård.

Det finns personal, men var är de?

Det kan konstateras att det i grunden finns ganska gott om utbildad hälso- och sjukvårdspersonal i Sverige. Coronakommissionen konstaterade nyligen att det genomsnittliga antalet sjuksköterskor bland EU:s 27 medlemsländer var 8,2 per 1 000 invånare under år 2018.

Antalet var högst i Finland, Tyskland och Irland, med fler än 12 sköterskor per 1 000 invånare. I Sverige var antalet 10,9. I Norge, Schweiz och Island, länder med många sjuksköterskor, hade en tredjedel av sköterskorna en lägre utbildning och ansvarade för mindre kvalificerade arbetsuppgifter. I några länder med ett lågt antal sjuksköterskor, exempelvis Spanien och Italien, finns andra personalgrupper som stödjer sköterskorna i deras arbete. Trots att Sverige har ett högt antal sjuksköterskor per 1 000 invånare ur ett internationellt perspektiv finns det som vi beskriver ovan brist på personal och rekryteringsbehovet kommer att vara stort de kommande åren.⁵ På motsvarande sätt förekommer det relativt sett många läkare i Sverige. Grekland, Österrike och Portugal hade under år 2018 det högsta antalet praktiserande läkare, med mer än fem läkare per 1 000 invånare. Sverige tillhörde också de länder i jämförelsen med ett relativt högt antal läkare, 4,3 per 1 000 invånare. Det kan jämföras med genomsnittet bland de 27 medlemsländerna i EU som låg på 3,8. Samtidigt finns det, som nämns ovan, brist på specialistläkare i Sverige.⁶

Det kan alltså konstateras att trots att det många gånger upplevs som att det finns brister i grundbemanningen så finns det relativt gott om sjukvårdspersonal i Sverige sett till ett europeiskt perspektiv.

En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården har på regeringens uppdrag genomfört analyser av hur hälso- och sjukvården kan använda professionernas resurser på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt. Utredaren kom bl.a. fram till följande:

Sett över tid finns tydliga tendenser att vi gör mindre per anställd. Vi har få läkarbesök per capita i jämförelse med andra länder och svenska sjukhus har låg produktivitet vid jämförelser med våra grannländers sjukhus (se avsnitt 4.1.5). Också i specialiteter där produktivitet normalt sett är en viktig faktor – kirurgi och ortopedi – minskar produktiviteten. Antalet operationstillfällen per årsarbetande läkare har under 2008–2014 minskat med 35 procent, detta från en nivå där Sverige internationellt sett har färre operationstillfällen per läkare än andra länder. Den accelererande kostnadsökningstakten under senare år är till stor del bunden till sjukhusen. Antalet anställda, inte minst läkare, har ökat snabbt vid våra sjukhus samtidigt som ”produktionen” i princip inte ökat. Många sjukhus, främst i storstäderna, har ständiga överbelägningsproblem, vilket inverkar menligt på deras förmåga att producera. Sammantaget tycks

⁵ Sverige under pandemin (SOU 2021:89), s. 432.

⁶ A.a., s. 433.

det som om det svenska sjukvårdssystemet har en ”produktivitetskrisis” i den sjukhusbundna vården.⁷

Svårigheter för sjukvården att kalla in extra resurser framträder varje sommar. En av lösningarna på detta problem är att personalen mot viss ersättning skjuter på sin semester.

Möjligheten att rekrytera sjukvårdspersonal är helt avhängig av att det finns ett överskott av utbildad personal som är möjlig att rekrytera. Antalet tillgängliga grundutbildningsplatser har förstas stor betydelse, men det räcker inte med en tillräckligt dimensionerad grundutbildning, det måste också vara en utbildning som anses attraktiv så att platserna kan fyllas med lämpliga elever. Möjligheterna att rekrytera personal till en viss verksamhet är också beroende av att anställningsförhållandena är sådana att kvalificerade sökande vill söka sig till verksamheten och att de som redan arbetar där stannar kvar. I dessa fall är det inte enbart ersättningen som är av betydelse utan även t.ex. arbetsbelastning, trygghet på arbetsplatsen och möjligheten att kunna hjälpa andra människor har betydelse.

Personalkostnader är en av de största kostnadsposterna för hälso- och sjukvården.⁸ Det finns därför en inneboende drivkraft att inte ha för mycket anställd personal. Det ekonomiska utrymmet är begränsat och en ökad personalbudget måste balanseras med en neddragning i någon annan del av verksamheten.

Av lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, i det följande förkortat LEH, framgår att kommuner och regioner ska analysera vilka extraordinära händelser i fredstid som kan inträffa i kommunen respektive regionen och hur dessa händelser kan påverka den egna verksamheten. Resultatet av arbetet ska värderas och sammanställas i en risk- och sårbarhetsanalys.⁹ Kommuner och regioner ska vidare, med beaktande av risk- och sårbarhetsanalysen, för varje ny mandatperiod fastställa en plan för hur de ska hantera extraordinära händelser.¹⁰ Av LEH framgår också att kommuner och regioner ska planera för extraordinära händelser. Även ur denna aspekt behöver personalfrågan beaktas och det framstår som en självklarhet att

⁷ Effektiv vård (SOU 2016:2), s. 68.

⁸ Se exempelvis Region Stockholm (2020): *Årsredovisning för år 2020*.

⁹ 2 kap. 1 § första stycket lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

¹⁰ 2 kap. 1 § andra stycket ovan nämnda författning.

en alltför slimmad organisation kan göra det mycket svårt att kunna bedriva den vård som krävs vid en extraordinär händelse.

För att kunna nå upp till alla de krav som kommer av gällande rätt behöver det finnas ett visst mått av överskottskapacitet. Ett sådant överskott måste vara väl avvägt och ekonomiskt motiverat. Det är inte möjligt att ha en grundbemanning som innebär att en vårdgivare kan klara av alla olika händelser eller situationer som kan inträffa. Där-
emot måste det finnas ett skäligt överskott som medger ett visst utrymme för att öka kapaciteten, klara av vardagliga variationer i personaltillgången samt att kunna genomföra prioriteringar i verksamheten.

8.1 Personaltillgången i totalförsvaret

Grunden för tjänstgöring i totalförsvaret regleras i lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt. Kortfattat kan man säga att det finns tre grunder för tjänstgöring; *civilplikt*, *värnplikt* och *allmän tjänsteplikt*. För kommuners och regioners vidkommande är det den allmänna tjänsteplikten och civilplikten som är relevanta. Civilplikten är för närvarande vilande. Försvarsberedningen och regeringen har uttryckt att frivilliga har en viktig roll att fylla i personalförsörjningen för det civila försvaret. I likhet med beredningen menar regeringen att personalförsörjningen så långt som möjligt ska bygga på den enskildes intresse, motivation och vilja.¹¹ Det finns legala skillnader kring vilka möjligheter som finns att förstärka vården med personal vid fredstida kriser och i höjd beredskap. Utredningen ser vissa begränsningar i att arbeta med frivillighet, inte minst i höjd beredskap. I de följande avsnitten redogör utredningen för systemet med totalförsvarsplikt samt vilken betydelse det har för personalplaneringen i hälso- och sjukvården inför höjd beredskap.

¹¹ Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30), s. 133.

8.1.1 Totalförsvarsplikten

Totalförsvarsplikt gäller för svenska medborgare och för andra som är bosatta i Sverige från 16 till 70 års ålder. Totalförsvarspliktiga kan fullgöra sin tjänstgöring genom värnplikt, civilplikt eller allmän tjänsteplikt.¹²

Värnplikt ska fullgöras hos Försvarsmakten¹³ och berör därmed bara det militära försvaret.

Civilplikt ska fullgöras i de verksamheter inom totalförsvaret som regeringen föreskriver. Regeringen har i förordning bl.a. angett att civilplikt får fullgöras både i civil och militär hälso- och sjukvård.¹⁴ Civilplikten syftar till att förstärka vissa verksamheter i höjd beredskap genom att tillföra personer från andra verksamheter, i huvudsak personer som kan placeras efter att de genomfört en kortare grundutbildning. Civilplikten är i dag vilande även om många aktörer tar upp att den borde aktiveras. Försvarsberedningen ansåg inför försvarsbeslutet hösten år 2020 att regeringen snarast bör fatta beslut för att aktivera civilplikt utom vad avser grundutbildning.¹⁵ Försvarsberedningen ansåg vidare att behovet av grundutbildning med civilplikt behöver utredas.¹⁶

Krigsplacering av värnpliktig och civilpliktig personal genomförs utifrån lagen om totalförsvarsplikt.¹⁷ Civilpliktig personal kan skrivas in och krigsplaceras med eller utan grundutbildning.¹⁸ Regeringen beskriver i förarbetena till lagen om totalförsvarsplikt att det saknas anledning att grundutbilda en enskild i de fall utbildningsbehov uppenbart saknas.¹⁹ Man kan anta att sjukvårdspersonal tillhör en sådan kategori där det i de flesta fall saknas skäl att genomföra grundutbildning för civilplikt.

Beslut om krigsplacering enligt ovan fattas av Totalförsvarets plikt- och prövningsverk, i det följande kallat Plikt- och prövningsverket, efter framställan från t.ex. en statlig myndighet, en kommun eller en region.²⁰ Sådana beslut bör inte förväxlas med kommuners

¹² 1 kap. 2 och 3 §§ lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt.

¹³ 1 kap. 5 § lagen ovan nämnda författning.

¹⁴ 1 kap. 6 § ovan nämnda författning och 2 kap. 1 § förordningen (1995:238) om totalförsvarsplikt samt bilagan till samma förordning.

¹⁵ Försvarsberedningen, Motståndskraft (Ds 2017:66), s. 124.

¹⁶ A.a.

¹⁷ 3 kap. 12–15 a §§ lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt.

¹⁸ 3 kap. 13–14 §§ ovan nämnda författning.

¹⁹ Totalförsvarsplikt (prop. 1994/95:6), s. 120.

²⁰ 3 kap. 15 § lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt.

och regioners ianspråktaganden ("krigsplacering") av anställda för sin krigsorganisation utifrån förordningen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap (FEH).²¹ Detta bygger i stället på personens ordinarie anställning och att regeringen föreskriver om allmän tjänsteplikt.

Allmän tjänsteplikt

Vid höjd beredskap får regeringen föreskriva om allmän tjänsteplikt om det behövs för att verksamhet som är av särskild vikt för totalförsvarets ska kunna upprätthållas. Alla totalförsvarspliktiga, förutom värnpliktiga och civilpliktiga, kan tas i anspråk med allmän tjänsteplikt. Beslut att fullgöra allmän tjänsteplikt får inte heller omfatta den som är krigsplacerad enligt vad som beskrivits ovan. Den allmänna tjänsteplikten kan avse en viss del av landet eller en viss verksamhet.

Det är regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer (f.n. Arbetsförmedlingen) som beslutar hos vilka arbetsgivare eller uppdragsgivare som allmän tjänsteplikt ska fullgöras samt vilka arbetstagare och uppdragstagare som ska omfattas av allmän tjänsteplikt. Den allmänna tjänsteplikten fullgörs genom att den som är totalförsvarspliktig kvarstår i sin anställning eller fullföljer ett uppdrag, tjänstgör enligt avtal om frivillig tjänstgöring inom totalförsvaret eller utför arbete som anvisas av Arbetsförmedlingen.²² När det gäller anvisning av personal från Arbetsförmedlingen är detta ett verktyg som inte är avsett att användas i ett planeringsskede, utan är tänkt att användas för dem som står till arbetsmarknadens förfogande, vars ordinarie arbetsgivare inte kan bereda arbete eller t.ex. inte kan fortsätta sina studier p.g.a. stängning av universitet eller gymnasieutbildning. Det är inte tänkt att Arbetsförmedlingen ska använda den allmänna tjänsteplikten för att rent allmänt sett prioritera om på arbetsmarknaden.

Arbetskyldigheten med allmän tjänsteplikt utgår, utöver vad som ovan sagts om Arbetsförmedlingen, från respektive medarbetares anställningsavtal eller avtal om frivillig tjänstgöring. Den allmänna tjänsteplikten syftar alltså till att i första hand säkerställa att ordinarie personal finns kvar på sina arbetsplatser vid höjd beredskap,

²¹ 4 § förordningen (2006:637) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

²² 6 kap. lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt och 6 kap. förordningen (1995:238) om totalförsvarsplikt.

oavsett om det är en privat eller offentlig aktör men även att kunna förstärka med personal ur frivilliga organisationer.

Vid höjd beredskap kan arbetsskyldigheten utökas i samband med att den arbetsrättsliga beredskapslagen (1987:1262) och kollektivavtal för krigs- och beredskapstillstånd aktualiseras. Det ger enligt MSB bl.a. utökade möjligheter att inom ramen för ett anställningsavtal tillfälligt placera medarbetare.²³

Utredningens uppfattning är att den allmänna tjänsteplikten och civilplikten är åtgärder som syftar på att para ihop en individ med en plats i en organisation, endera genom anställningen (tjänsteplikt) eller genom att en personal placeras på t.ex. ett specifikt sjukhus i en specifik region (civilplikt). I detta avseende utgör tjänsteplikt och civilplikt statiska verktyg eftersom det efter själva placeringen inte i någon större utsträckning innebär andra möjligheter att omfördela personal än vad som vanligtvis gäller. För att med hjälp av civilplikt skapa ett större mått av flexibilitet skulle personal behöva placeras i en organisatorisk enhet som har till uppdrag att verka på olika platser eller i en större geografisk kontext än vad som är brukligt i en anställning.

Civilplikt eller allmän tjänsteplikt?

Utredningen kan konstatera att det råder en del oklarheter kring användandet av den allmänna tjänsteplikten eller civilplikten. Nedan redogörs för vad som angavs i förarbeten till lagen om totalförsvarsplikt när den infördes. I förarbetena till lagen om totalförsvarsplikt²⁴ beskrivs relationen mellan civilplikten och den allmänna tjänsteplikten på följande sätt:

Enligt regeringen är det dock inte avsikten att bestämmelserna om tjänstgöring med civilplikt i första hand skall reglera förhållandena för den personal som redan är anställd i den aktuella verksamheten. Den "krigsplacering" som sker av personal och som är en följd av en myndighets eller en annan arbetsgivares ansvar för verksamheten i krig är således inte tänkt att regleras av lagen. För en person som inte är krigsplacerad i det militära eller det civila försvaret med stöd av den lag som nu föreslås och som därför kan kvarbli i sin anställning får lagens bestämmelser således betydelse endast så till vida att personen till följd av reglerna om allmän tjänsteplikt inte får lämna sin anställning under höjd beredskap.

²³ Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2019): *Rätt person på rätt plats – regioner, Vägledning för krigsorganisation och krigsplacering*, s. 21.

²⁴ Totalförsvarsplikt (prop. 1994/95:6), s. 118 f.

Därmed står det klart att grundtanken är att de som ska kvarstå i en anställning även i höjd beredskap ska göra detta genom allmän tjänstplikt. Regeringen skriver vidare:

Först om det visar sig att den personal som finns tillgänglig för arbetsgivaren inte räcker för att upprätthålla verksamhet kan det komma i fråga att med civilplikt skriva in personal för tjänstgöring. Till verket skall också kunna anmälas att en viss arbetstagare innehar en sådan nyckelposition att arbetstagaren i första hand bör tas i anspråk för den verksamheten. En sådan person ska då inte skrivas in med värnplikt eller civilplikt för någon annan verksamhet.

Av ovanstående kan utläsas att civilplikten kan vara ett alternativ för att stärka upp en organisation med personal om den ordinarie personalen och frivilliga inte räcker till, något som kan vara aktuellt för hälso- och sjukvården. Även Försvarsberedningen framhåller att genom att skriva in lämplig personal för civilplikt efter s.k. annan utredning än mönstring kan det civila försvarets krigsorganisation bemannas med personal som har rätt kompetens utan krav på genomförd grundutbildning. Det gäller även personal som inte har sin dagliga gärning i den berörda verksamheten.²⁵ I utredningen som föregick den angivna propositionen²⁶ omnämns t.ex. den förstärkningsresurs som planerades för omlastning och förstärkningstransporter (sjukvårdsenhet-86) eller förstärkning av sjukhusen som möjliga att bemanna genom civilplikt. Av det ovanstående framgår också ett alternativ till krigsplacering, en anmälan, för att kunna säkerställa tillgången på nyckelpersonal i för samhället viktiga verksamheter. Regeringen skriver vidare:

I den mån något anställningsförhållande inte föreligger mellan det organ som har bemanningsansvaret och den som detta organ önskar ta i anspråk för övning och annan utbildning kan inskrivning för civilplikt komma ifråga. Detta kan också komma ifråga i de fall där den tjänstgöring som skall äga rum inte omfattas av anställningens innehåll enligt avtalet med arbetsgivaren och arbetstagaren. Genom inskrivningen för civilplikt blir den totalförsvarspliktige skyldig att fullgöra t.ex. repetitionsutbildning i form av övningar av olika slag. Genom inskrivning för civilplikt kan också säkerställas att nyckelpersonal såsom, anställda med i detta avseende otillräckliga anställningsavtal, sådana som varit anställda eller andra, inte tas i anspråk för andra ändamål, t.ex. med värnplikt inom det militära försvaret.

²⁵ Försvarsberedningen, Motståndskraft (Ds 2017:66), s. 125.

²⁶ Totalförsvarsplikt (SOU 1992:139), s. 238.

Verksamheter som har behov av att säkerställa nyckelkompetens kan alltså, av vad som framgår av propositionen om totalförsvarsplikt, hos Rekryteringsmyndigheten (numera Plikt- och prövningsverket) reservera sådan personal.²⁷ Sådan ”krigsplacering”, eller snarare reservering, som inte grundar sig i civilplikt eller värnplikt innebär inte några skyldigheter för den enskilde i fredstid. Sådan registrering utgör inte heller ett formellt beslut om krigsplacering enligt lagen om totalförsvarsplikt utan är ett beslut från arbetsgivaren. Tjänstgöringsplikten aktualiseras först vid höjd beredskap och när regeringen beslutar om allmän tjänsteplikt. Eventuell utbildning och övning i fredstid genomförs som en del i den ordinarie anställningen. Det är på det ovan beskrivna sättet som regeringen då tänkte sig att huvudsakligen reglera bl.a. tillgången på hälso- och sjukvårdspersonal i krig.

Av förarbetena kan dock ändå utläsas att civilplikten var tänkt att kunna utgöra ett verktyg för att tillgodose vissa behov som inte kan tillgodoses genom anställda eller avtalade frivilliga resurser med stöd av den allmänna tjänsteplikten. Detta gäller då främst när en organisation behöver förstärkas med ”krigsplacerad” personal och för det fall det inte redan finns något anställningsförhållande eller att t.ex. ett anställningsförhållande upphört.

Den upphävda lagen om tjänsteplikt för hälso- och sjukvårdspersonal samt veterinärpersonal m.m.

Före år 1994 omfattades bl.a. hälso- och sjukvårdspersonal av den numera upphävda lagen (1981:292) om tjänsteplikt för hälso- och sjukvårdspersonal samt veterinärpersonal m.m. Lagen innebar att ett trettio-tal personalkategorier som i fred var, eller hade varit, verksamma inom hälso- och sjukvården och veterinärverksamheten hade tjänsteplikt när landet var i krig.

Plikten gällde alla mellan 16 och 70 år som var bosatta eller stadigvarande vistades i landet. Den som omfattades av tjänsteplikten var skyldig att under högst 60 dagar medverka i utbildning och övning för tjänstgöringen under beredskap och i krig. Socialstyrelsen ansvarade för att registrera, fördela och krigsplacera den tjänstepliktiga personalen. Lagen upphävdes i samband med att den nuvarande lagen om totalförsvarsplikt infördes. Det var regeringens bedömning att

²⁷ Totalförsvarsplikt (prop. 1994/95:6).

de berörda personalkategorierna, liksom andra arbetstagare, till och med 70 års ålder skulle omfattas av totalförsvarsplikten. Den stora skillnaden som regeringen såg i detta avseende var att det inte längre, för den personalen som berördes av lagen, fanns någon i lag uttryckt särskild skyldighet att delta i utbildning och övning. Regeringen anförde att utbildning och övning i stället skulle ske inom ramen för anställningen och i de fall en anställning saknades kunde detta lösas genom inskrivning för civilplikt.

8.1.2 Särskilda aspekter på personalförstärkning i höjd beredskap

Bedömning: Det är angeläget att regeringen genomför den översyn av regelverken för personalförsörjning till det civila försvaret som aviserats i propositionen Totalförsvaret 2021–2025. En sådan översyn måste beakta behoven av att kunna omfördela hälso- och sjukvårdspersonal över landet för att värna befolkningens liv och hälsa, exempelvis genom aktivering av civilplikten.

Det är också angeläget att arbetsmarknadens parter ser över de kollektivavtal som ska gälla i höjd beredskap.

Regeringen har vid flera tillfällen uttryckt att såväl planeringen för totalförsvaret som samhällets krisberedskap så långt möjligt ska bygga på frivillighet. Försvarsberedningen har konstaterat att det är centralt att det skapas ett sammanhållet personalsystem i totalförsvaret vilande på både frivillighet och plikt.²⁸ I likhet med beredningen menar regeringen att personalförsörjningen så långt som möjligt ska bygga på den enskildes intresse, motivation och vilja.²⁹ I detta avsnitt diskuteras behovet av rättsligt stöd för att hålla kvar personal och styra personal till viss verksamhet när frivilligheten inte räcker till. Avsnittet belyser också behovet av kollektivavtal som reglerar förhållandena under höjd beredskap.

²⁸ Försvarsberedningen, Motståndskraft (Ds 2017:66), s. 123.

²⁹ Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30), s. 133.

Den enskildes rörelsefrihet kan inskränkas genom lag

Den enskildes rörelsefrihet är grundlagsskyddad.³⁰ Rörelsefriheten får inskränkas med stöd av lag.³¹ Exempel på sådana inskränkningar är värnplikt och civilplikt (civilplikten är som nämnts ovan för närvarande inte aktiverad) enligt lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt samt tjänsteplikt enligt lagen (2003:778) om skydd mot olyckor.^{32,33} I en situation där personal i en region behöver stödja en annan region sker det i första hand genom att personal får anmäla sig på frivillig väg även om utredningen föreslagit vissa förändringar för fredstida situationer (se avsnitt 5.3).

Vissa möjligheter att flytta personal finns i kollektivavtal

Det föreligger som beskrivs i avsnitt 8.2.2 nedan enligt gällande kollektivavtal vissa möjligheter för arbetsgivare att omfördela sin personal. Arbetsmarknadens parter har också, som beskrivs i avsnitt 8.2.6, genom särskilda kollektivavtal, krislägesavtal, skapat vissa utökade förutsättningar för att omdisponera personal i fredstida kris. Vid tillämpning av krislägesavtalet för hälso- och sjukvårdssektorn åsidosätts arbetstidslagen och arbetsgivaren ges större möjligheter till att flytta personal. Avtalet innebär att en arbetstagare är skyldig att utföra de arbetsuppgifter som arbetsgivaren beslutar om och som är oundgängligen nödvändiga för att avvärja, avhjälpa eller förhindra det aktuella krisläget. Avtalet innebär också en arbetsskyldighet hos andra regioner vid in- och utlån av personal. Krislägesavtalet gäller dock inte med nödvändighet i höjd beredskap eller krig.

Vid höjd beredskap träder andra bestämmelser in

Nuvarande ordning för personalförsörjningen inom det civila försvaret innebär i huvudsak att de som till vardags är anställda i en samhällsviktig verksamhet kvarstannar i verksamheten under höjd beredskap, förutsatt att de inte är ianspråktagna för det militära försvaret. Det förekommer också möjlighet till extra bemanning genom avtal

³⁰ 2 kap. 8 § regeringsformen.

³¹ 2 kap. 20 § första stycket 3 regeringsformen.

³² 4 kap. lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt.

³³ 6 kap. 1 § lagen (2003:778) om skydd mot olyckor.

med frivilliga försvarsorganisationers om stöd till myndigheter, kommuner och regioner (se vidare 8.2.11 nedan).³⁴

När det gäller höjd beredskap och krig styrs skyldigheten att arbeta bl.a. av lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt men även t.ex. den arbetsrättsliga beredskapslagen (1987:1262) innehåller bestämmelser av relevans.

Vid höjd beredskap får regeringen föreskriva om allmän tjänsteplikt, om det behövs för att verksamhet som är av särskild vikt för totalförsvaret ska kunna upprätthållas. Den allmänna tjänsteplikten kan avse en viss del av landet eller en viss verksamhet. Allmän tjänsteplikt fullgörs genom att den som är totalförsvarspliktig kvarstår i sin anställning eller fullföljer ett uppdrag, tjänstgör enligt avtal om frivillig tjänstgöring inom totalförsvaret, eller utför arbete som anvisas honom eller henne av den myndighet som regeringen bestämmer (f.n. Arbetsförmedlingen). Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska besluta hos vilka arbetsgivare och uppdragsgivare som allmän tjänsteplikt ska fullgöras, och vilka arbetstagare och uppdragstagare som ska omfattas av allmän tjänsteplikt. Efter- som hälso- och sjukvård är att betrakta som samhällsviktig verksamhet får det förutsättas att regeringen i ett i höjd beredskap skulle besluta om att allmän tjänsteplikt råder hos aktörer som utför offentligfinansierad vård.

Den allmänna tjänsteplikten syftar alltså till att i första hand säkerställa att ordinarie personal finns kvar på sina arbetsplatser vid höjd beredskap, oavsett om det är en privat eller offentlig aktör men även att kunna förstärka med personal ur frivilliga organisationer. Vid höjd beredskap kan arbetsskyldigheten utökas i samband med att den arbetsrättsliga beredskapslagen och kollektivavtal för krigs- och beredskapstillstånd aktualiseras. Det ger bl.a. utökade möjligheter att inom ramen för ett anställningsavtal tillfälligt omplacera medarbetare.³⁵ Den arbetsrättsliga beredskapslagen påverkar också medarbetares rättigheter till semester och föräldraledighet.³⁶

³⁴ Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30), s. 132.

³⁵ Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2019), *Rätt person på rätt plats – regioner, Vägledning för krigsorganisation och krigsplacering*, s. 21.

³⁶ Bilaga till 5 § arbetsrättsliga beredskapslagen (1987:1262).

Behovet av att omfördela sjukvårdspersonal i höjd beredskap

Det är inte enbart den civila hälso- och sjukvården som krigsplacerar hälso- och sjukvårdspersonal. Det sker även inom Försvarsmakten vilket delvis beskrivits i avsnitt 4.6.1. Sådan krigsplacering minskar tillgången på sjukvårdspersonal i den civila sjukvården och kan påverka kommuners och regioners möjligheter att bedriva vård.

Försvarsmakten hade på 1990-talet en betydligt mer omfattande krigsorganisation vilket också påverkade den militära sjukvårdsorganisationen som omfattade minst ett femtiotal fältsjukhus och marina stridssjukhus. Även om fältsjukhusen var svåra att flytta när de väl grupperat så utgjorde de rörliga resurser som kunde grupperas där det ansågs strategiskt. Dagens försvarsmakt är betydligt mindre och har därför också en mindre sjukvårdsorganisation. Då som nu bygger Försvarsmaktens sjukvård på ett stort stöd från det civila samhället. De sjukvårdsresurser som finns måste delas mellan civila och militära behov. Det innebär att det många gånger saknas skäl att bygga upp en militär sjukvårdsförmåga för sådant som det civila samhället kan erbjuda. Som tidigare framhållits (se 4.1.8) har också regeringen uttalat att Försvarsmakten i första hand ska erbjuda sjukvård på stridsfältet och att patienten i ett senare skede ska överföras till den civila vården. Denna ordning bedöms av utredningen i stort vara ändamålsenlig. Det ska dock noteras att ett väpnat angrepp på Sverige kan se väldigt olika ut och drabba olika delar av Sverige. Det innebär att den civila sjukvården kan drabbas olika mycket i olika delar av landet utan att det för den delen är helt enkelt att i förväg avgöra vilka delar.

Det kan därmed hända att det vid krigsfara eller krig finns skäl att flytta bl.a. vårdresurser till en del av landet där vården fungerar som vanligt, men där det finns skäl att utgå från kommer att drabbas krigshandlingar med åtföljande vårdbehov som kan föranleda en katastrof. Det kan också vara så att det finns skäl att flytta vårdresurser från en del av landet som kan förmodas drabbas av krigshandlingar. Det kan vidare antas att det inte finns resurser att förstärka sjukvården i alla områden där det skulle kunna tänkas finnas ett behov.

Utredningen har i avsnitt 5.3 föreslagit en hjälpbestämmelse som innebär att kommuner och regioner ska vara skyldiga att hjälpa varandra för att undvika en katastrof i vården. När hjälp inte kan lämnas på frivillig väg ska staten kunna omfördela resurser inom riket i händelse för att förhindra en katastrof i vården eller för att minska

omfattningen av en sådan katastrof. Den föreslagna bestämmelsen är reaktiv och löser i dessa delar inte de behov av omfördelning av sjukvårdsresurser, främst personal, som behöver kunna ske proaktivt inom ramen för totalförsvaret. Även om en sådan ordning var möjlig saknas det utan pliktlagstiftningens stöd, eller att det är tydligt uttryckt i anställningsavtal, en möjlighet att tvinga anställda att mot sin vilja tjänstgöra i en annan del av landet.

Utredningen har i avsnitt 4.1.8 samt förslaget i 5.1.2 pekat på betydelsen av planering. Planering tillsammans med de verktyg som återinförd civilplikt och allmän tjänsteplikt innebär ger vissa möjligheter att i förväg placera personer där de behövs bäst utifrån de planeringsansvisningar som gäller. Denna ordning har dock en brist, den möjliggör inte en flexibel ordning där en individ kan placeras endera vid sjukhus A eller sjukhus B i två helt olika geografiska områden. Sådan flexibilitet har betydelse för om sjukvården i ett före perspektiv ska planera för förstärkning i en landsände eller en annan. Det skulle dock enligt utredningens bedömning vara möjligt att placera personal i rörliga förband med civilplikt på samma sätt som Försvarmakten gör. Sådana organisatoriska enheter, eller förstärkningsresurser skulle då kunna användas strategiskt.

Genom förfogandelagen (1978:262) bedöms det vidare finnas vissa möjligheter att förfoga över viss person som åläggs tillfällig uppgift för Försvarmakten som vägvisare, budbärare, arbetsmanskap eller sjukvårdspersonal.³⁷ En sådant förfogande bedöms dock inte vara en adekvat åtgärd för att få vårdpersonal att tjänstgöra i en annan del av landet. Viss egendom som behövs för att utföra vård skulle dock kunna säkerställas genom bestämmelser i förfogandelagen. Genom statliga lager skulle det ytterligare kunna säkerställas att nödvändiga resurser för vård finns tillgängliga och kan skickas till en del av landet där det antas att de kommer att behövas.

I en situation då vårdpersonal behöver flyttas från ett område på grund av stridshandlingar bedöms bestämmelser i lagen (1992:1402) om undanförsel och förstöring (5 §) och bestämmelserna i lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap ge tillräckliga möjligheter för att flytta bl.a. vårdresurser från en del av landet som förmodas drabbas av krigshandlingar, till en annan del av landet.

³⁷ 5 § 6 förfogandelagen (1978:262).

Mot ovanstående bakgrund kan utredningen konstatera att det kan finnas skäl att i samband med en översyn av pliktlagstiftningen se över om det inom ramen för civilplikten ska vara möjligt att placera personal i nationella civila förband i syfte att skapa flexibilitet eller om det kan vara möjligt med alternativa placeringar så att den pliktade personalen kan nyttjas där den bäst behövs. En sådan ordning behöver i så fall ta hänsyn till vem som ska vara vårdgivare. En annan ordning är att Försvarsmakten, som är en nationell aktör, för totalförsvarets behov krigsplacerar sjukvårdspersonal i militära förband som kan nyttjas över hela Sverige. Om syftet med förbandet är att flexibelt förstärka hälso- och sjukvården i befintlig infrastruktur behöver sådana förband utrustas minimalt.

Regelverket behöver ses över

I utredningens första delbetänkande *Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning* framförde utredningen, på liknande sätt som MSB tidigare gjort, att regelverken kring personalförsörjning för det civila försvaret behöver ses över.³⁸ Utredningen lyfte bl.a. fram att en aktivering av civilplikten skulle kunna vara ett sätt för kommuner och regioner att bemanna krigsorganisationer med personal som till vardags är anställda i andra verksamheter, där de inte är krigsplacerade. Detta ställningstagande gäller alltjämt.

Fram till år 1995 reglerades sjukvårdspersonalens i anspråkstagande vid krig eller krigsfara i lagen (1981:292) om tjänsteplikt för hälso- och sjukvårdspersonal samt veterinärpersonal m.m. I och med att lagen om totalförsvarsplikt inrättades år 1994 upphävdes lagen. Regeringen menade att den inte längre behövdes genom att dels den egna anställda personalen i höjd beredskap kunde få en tjänstgörings-skyldighet genom allmän tjänsteplikt och att den eventuella ytterligare personalförstärkning som behövdes kunde placeras med civilplikt.

I den mån något anställningsförhållande inte föreligger mellan det organ som har bemanningsansvaret och den som detta organ önskar ta i anspråk för övning och annan utbildning kan inskrivning för civilplikt komma i fråga. Detta kan också komma i fråga i de fall där den tjänstgöring som skall äga rum inte omfattas av anställningens innehåll enligt avtalet mellan arbetsgivaren och arbetstagen.

³⁸ *Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning* (SOU 2020:23), s. 132–133.

Utbildning och övning av egen personal var tänkt att ske med stöd av anställningen och vad gäller den civilpliktiga personalen med stöd av den nya lagen om totalförsvarsplikt.³⁹ Genom att civilplikten är vilande är de redskap som regeringen skapade som ersättning till den tidigare lagen om tjänsteplikt för hälso- och sjukvårdspersonal samt veterinärpersonal m.m. inte tillgängliga. Regeringen har inte heller tagit fram något annat alternativ.

Civilplikten skapar förutsättningar för utbildning och övning av krigsplacerad personal när sådan tjänstgöring inte omfattas av anställningens innehåll enligt avtalet mellan arbetsgivaren och arbetstagarerna.⁴⁰ Regeringen aviserade i propositionen Totalförsvaret 2021–2025 att en översyn av personalförsörjningen till det civila försvaret är angelägen⁴¹ och har därefter, som ett första steg, beslutat ett uppdrag till MSB att bedöma behovet av personalförstärkningar inom bevakningsansvariga myndigheter och andra berörda aktörer vid en situation med höjd beredskap och ytterst krig.⁴² Uppdraget omfattar utöver bevakningsansvariga myndigheter även kommuner, regioner och näringslivets behov för att nödvändig verksamhet ska kunna upprätthållas vid höjd beredskap och krig. Utredningen bedömer att det är nödvändigt att en översyn av regelverken för personalförsörjningen till det civila försvaret genomförs och att en sådan översyn beaktar behoven av att kunna planera en omfördelning av hälso- och sjukvårdspersonal över landet för att värna befolkningens liv och hälsa. Behovet av att förstärka hälso- och sjukvården med hälso- och sjukvårdspersonal kan enligt utredningen inte på samma sätt som för annan stödpersonal lösas genom frivilliga försvarsorganisationer (se vidare 8.2.11 nedan). Sådan planerad omfördelning kräver enligt utredningen ett regelverk som motsvarar civilplikten.

Även kollektivavtalen behöver ses över

Som redovisas i avsnitt 8.2.6 finns ett krislägesavtal som kan användas i händelse av fredstida kriser. Krislägesavtalet är normgivande. Nuvarande kollektivavtal och krislägesavtal reglerar verksamheten då

³⁹ Totalförsvarsplikt (prop. 1994/95:6), s. 118 ff.

⁴⁰ A.a.

⁴¹ Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30), s. 133.

⁴² Uppdrag till Myndigheten för samhällsskydd och beredskap att bedöma behov av personalförstärkningar inom bevakningsansvariga myndigheter och andra berörda aktörer vid en situation med höjd beredskap och ytterst krig (Ju2021/0277).

höjd beredskap inte råder. Vilka regler som gäller på arbetsmarknaden i händelse av höjd beredskap är dock mer oklart. De eventuella avtal som finns är över trettio år gamla.⁴³ Vissa förändringar i lagreglerade skyldigheter sker genom att den arbetsrättsliga beredskapslagen (1987:1262) tillämpas om riket är i krig eller om regeringen så föreskriver om att Sverige är i krigsfara eller om det råder sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av att det är krig utanför Sveriges gränser eller av att Sverige har varit i krig eller krigsfara.⁴⁴ Lagen innehåller bl.a. bestämmelser som möjliggör begränsningar i möjligheterna till semester och föräldraledighet.⁴⁵

Det är utredningens uppfattning att kollektivavtalen behöver ses över och att det tydliggörs vad som gäller i höjd beredskap och krig. Som situationen är nu kan medarbetare under krislägesavtalet arbeta betydligt mer än vad som gäller i normalläget mot en ekonomisk kompensation. Vad som gäller i händelse av höjd beredskap och krig är dock oklart.

8.2 Metoder för att öka personalresurser

Som redan framhållits kan ingen vård bedrivas utan personal. Sjukvårdspersonal som arbetar praktiskt med vårdens utförande, stödjande personalgrupper och chefer som ska leda verksamheten kan inte heller arbeta hur mycket eller hur länge som helst. Även om många olika personalgrupper behövs för att vården ska fungera är det hälso- och sjukvårdspersonalen som står i centrum för detta avsnitt. Det är allt som oftast i första hand denna personalgrupp som är den begränsande faktorn för vårdens utförande.

Att utbilda ny sjukvårdspersonal tar lång tid. Huvuddelen av den legitimerade sjukvårdspersonalen arbetar redan i vardagen inom den offentligfinansierade hälso- och sjukvården. En mindre del arbetar i privat vård som inte är offentligt finansierad eller har karriärväxlat och arbetar för t.ex. företag som tillverkar eller marknadsför sjukvårdsprodukter eller för olika myndigheter. För andra yrkesgrupper än sjukvårdspersonal är arbetsmarknaden betydligt bredare och per-

⁴³ Kollektivavtal för krigs- och beredskapstillstånd mellan dåvarande Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet och Svenska kyrkans Församlings- och pastortassamfund å ena sidan och Svenska kommunalarbetsförbundet, Kommunal tjänstemannakartellen samt SACO/SR-K m.fl. daterat 1988-12-12.

⁴⁴ 1 och 2 § arbetsrättsliga beredskapslagen (1987:1262).

⁴⁵ Bilaga till 5 § arbetsrättsliga beredskapslagen (1987:1262).

sonal kan finnas att tillgå i andra sektorer, t.ex. personal som arbetar med informations- och kommunikationsteknologi eller kökspersonal. Att andra personalkategorier har en bredare arbetsmarknad kan, men behöver dock inte, betyda att de är enklare att förstärka sjukvården med dessa. Även stora delar av den stödjande personalen besitter specialistkunskaper som kan vara svåra att få tillgång till, t.ex. inom it och inom medicinsk teknik. Beroende på hur samhället påverkas vid en samhällsstörning kan också behovet av personalen finnas i flera sektorer vilket kan leda till konkurrenssituationer mellan sektorer. Centralt för en välfungerande personalförsörjningen är planering (se vidare 8.3.1).

Utifrån ovanstående kan konstateras att den personal som till vardags arbetar i hälso- och sjukvården och har en legitimation eller en specifik nyckelkompetens i huvudsak utgör den resurs som står till förfogande även vid fredstida kriser och krig. Förstärkningar behöver därför kanske ske på andra sätt t.ex. genom att underlätta för kvalificerad och specialutbildad hälso- och sjukvårdspersonal så att de i huvudsak ägnar sig åt sådant som bara de kan utföra.

Det finns som framgår i kapitel 5 redan i gällande rätt bestämmelser som ger vissa möjligheter för kommuner och regioner att lämna varandra stöd på frivillig grund och det finns också bestämmelser som medför vissa skyldigheter för kommuner och regioner att lämna stöd till en annan kommun eller region i situationer som har samband med krig. Enligt vad som bl.a. redovisas i kapitel 3 finns bestämmelser i kommunallagen (2017:725) som medger s.k. avtals-samverkan och bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen som medger att regioner under vissa förutsättningar får erbjuda hälso- och sjukvård åt den som omfattas av en annan regions ansvar. I kapitel 5 förs också längre resonemang om bl.a. kommuner och regioners förutsättningar att vid extra ordinära händelser lämna stöd till varandra på frivillig grund. Det lämnas även förslag till bestämmelser om skyldighet för kommuner och regioner att i vissa fall lämna varandra hjälp. Sådan hjälp kan omfatta personal. Det finns också möjligheter för arbetsgivare och anställda i kommuner eller regioner att på frivillig grund komma överens om att personal tillfälligt ska arbeta hos en annan kommun eller region.

I detta kapitel fokuseras på olika andra metoder som kan användas för att åstadkomma personalförstärkning, i huvudsak med hälso- och sjukvårdspersonal. Utredningen gör härvidlag ingen skillnad på

olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården eller huruvida man arbetar på sjukhus eller prehospitalt. Man kan inte med självklarhet säga att man kan sänka kvalitetskraven för personal som gör det kvalificerade prehospitala omhändertagandet även om det förstås underlättas av om den som är först på plats kan ge akut första hjälpen. Även för- och nackdelar med de olika åtgärderna beskrivs. För en effektiv hantering av fredstida kriser behöver sannolikt de olika åtgärderna kombineras. För höjd beredskap och krig gäller som redovisats ovan särskilda förutsättningar.

8.2.1 Grundbemanningen har avgörande betydelse

Bedömning: Coronapandemin visar att hälso- och sjukvårdens tillgång till personal är av helt avgörande betydelse för att möta kraftigt ökade vårdbehov. Det är centralt att hälso- och sjukvården säkerställer en god grundbemanning så att vården kan växla upp och ställa om vid händelser som medför att vårdbehovet plötsligt ökar mycket kraftigt eller att ett stort och plötsligt vårdbehov kvarstår över en längre tid.

Sjukvård måste kunna bedrivas varje dag. I sjukvårdshuvudmännens ansvar ingår som framhållits i kapitel 5 bl.a. att planera sin hälso- och sjukvård så att befolkningens vårdbehov kan tillgodoses. Hälso- och sjukvårdslagens planeringskrav innebär att på huvudmännen måste planera och dimensionera sin verksamhet så att vården kan upprätthållas även vid krig. Befolkningens vårdbehov ska tillgodoses så att vårdbehövande får vård inom den tid som är medicinsk motiverad. Det går således att skjuta på viss elektiv vård, men inte på vård som inte kan anstå.

De finns som framgår i kapitel 4 olika faktorer som alla har betydelse för vårdens grundbemanning. Den som har en god tillgång till personal i vardagen har en större möjlighet att anpassa verksamheten och därmed att klara av ett ökat behov av verksamhetens tjänster. En god grundbemanning underlättar t.ex. upprätthållande av verksamheterna under sommarmånaderna.

En organisations inneboende förmåga att motstå stora påfrestningar beror på organisationens robusthet och motståndskraft. Detta gäller inte bara byggnaders robusthet mot t.ex. stormar, it-systemens

motståndskraft mot olika angrepp eller en god tillgång på förnödenheter genom lager. Samma sak gäller för såväl hälso- och sjukvårdspersonal som stödfunktioner och andra specialister.

En verksamhet som redan i vardagen är sträckt till bristningsgränsen har givetvis liten eller ingen förmåga att klara av en stor påfrestning i samhället som innebär att vårdbehovet ökar, särskilt om det ökade behovet är mycket kraftigt eller kvarstår över en längre tid.

En sådan verksamhet har inte heller de förutsättningar som gäller för en del av de övriga åtgärder som presenteras nedan i avsnitt 8.2.2–8.2.11. För att t.ex. kunna kompetensutveckla och handleda personal i deras utveckling krävs att det finns tillräckligt med resurser även för detta. Detta måste tillgodoses inom grundbemanningen.

Det tar lång tid att utbilda hälso- och sjukvårdspersonal. Sådan utbildning är förenad med stora ekonomiska investeringar. Det framstår då också som rimligt att kommuner och regioner som arbetsgivare gör vad som krävs för att behålla personalen genom t.ex. att säkerställa en rimlig arbetsbörda och arbetsmiljö i vardagen.

Enligt vad som framgår av kapitel 4 har coronapandemin redan visat vilka stora utmaningar som kan uppkomma i vården, vilket inte minst den personal som arbetat inom vården fått erfaras. Hälso- och sjukvårdspersonalen och personal som stödjer eller leder sådan personal har haft avgörande betydelse för upprätthållandet av vården under pandemin.

Det är dock mycket viktigt att hålla i minnet att vårdbehoven vid krig med tiotusentals skadade kommer att medföra utmaningar i vården som sannolikt är väsentligen större än coronapandemin. Det är inte heller uteslutet att det i en framtid inträffar en ny pandemi med ett ännu högre antal svårt sjuka.

Utredningens bedömning

Coronapandemin visar att hälso- och sjukvårdens tillgång till personal är av helt avgörande betydelse för att möta kraftigt ökade vårdbehov. Det är centralt att hälso- och sjukvården säkerställer en god grundbemanning så att vården kan växla upp och ställa om vid händelser som medför att vårdbehovet plötsligt ökar mycket kraftigt eller att ett stort och plötsligt vårdbehov kvarstår över en längre tid.

8.2.2 Omfördela egen personal

Bedömning: Omfördelning av egen personal är ett redskap som kan användas för att tillfälligt öka de personella resurserna. Omfördelning av personal ställer krav på att personalen har för uppgiften erforderlig kompetens. Otillräckliga möjligheter att flytta personal vid tillfälligt ökade vårdbehov kan innebära behov av en ökad grundbemanning.

Arbetsledningsrätten skapar vissa förutsättningar för omfördelning av personal inom en och samma arbetsgivares verksamhet. Det är också möjligt att teckna kollektivavtal som skapar större möjligheter än de som nu finns att flytta anställda.

Det är betydligt svårare att omfördela personal mellan olika juridiska personer. Möjligheterna att omfördela personal påverkas således också av hur en kommun eller region valt att organisera sig. Bedömningar av behovet av att kunna omfördela personal är därmed en faktor som måste beaktas då kommuner och regioners beslutar om hur vården ska organiseras. Möjligheter att omfördela personal måste också beaktas vid avtalsskrivning med utförare av vård och när kommunalförbund inrättas.

En god möjlighet till personalförstärkning av en verksamhet är intern omfördelning av personal som vårdgivaren redan har anställd. Sådan omfördelning förutsätter att den personal som flyttas besitter nödvändig kompetens för de uppgifter som de ska utföra. Sådan kompetens kan finnas genom att det är en del av personalens grundkompetens eller genom att personalen i förväg fått eller på kortare tid kan ges kompletterande utbildning för en specifik roll. Vad avser kompletterande utbildning, se vidare avsnitt 8.2.5.

Allmänna regler för omflyttning av personal

Om omfördelning är möjlig ur ett kompetensperspektiv kan vårdgivarens möjligheter att omfördela egen personal vara begränsad av andra anledningar.

Arbetsgivarens arbetsledningsrätt får utövas inom ramen för anställningen. Arbetsgivaren måste beakta de begränsningar av arbetsledningsrätten som finns i lag och praxis men även i kollektivavtal

och enskilda anställningsavtal. Ett anställningsavtal kan t.ex. vara utformat på sådant sätt att omplacering inte kan göras enbart genom ett arbetsledningsbeslut. För arbetstagaren innebär arbetsledningsrätten att han eller hon har en lydnadsplikt gentemot arbetsgivaren som, om den åsidosätts, kan leda till uppsägning eller avsked om den inte följs.

Att omplacera en arbetstagare till andra arbetsuppgifter inom ramen för arbetskyldigheten följer av arbetsledningsrätten och kan i princip tillämpas vid varje behov av sådan förändring. Arbetsledningsrätten är omfattande, men arbetstagaren kan inte åläggas att utföra arbetsuppgifter som innebär att anställningen i grunden förändras, då är det i stället fråga om en omplacering eller uppsägning.⁴⁶

Det finns möjlighet för arbetsgivare eller arbetsgivarförbund att skapa ökade möjligheter till omflyttning av arbetstagare genom kollektivavtal med arbetstagarorganisationer. Därutöver är det möjligt för arbetsgivaren att inom vissa ramar träffa överenskommelser med enskilda arbetstagare om placering inom ett utökat område jämfört med vad som följer av det befintliga anställningsavtalet, men bestämmelser i EU-direktiv, arbetstidslagen, arbetsmiljölagen och i förekommande fall i tillämpligt kollektivavtal måste då också beaktas.

Nu mera torde arbetsplatsen i ett anställningsavtal oftast anges med ”för närvarande placerad vid”, vilket ger möjlighet till rörlighet inom vissa ramar. En arbetsgivare kan genom arbetsledningsbeslut åstadkomma att en arbetstagare tillfälligt placeras där verksamheten så kräver.⁴⁷

Förutom tillfälliga placeringar och förändrade arbetsuppgifter inom ramen för arbetskyldigheten, kan arbetsgivare med stöd av arbetsledningsrätten i vissa fall beordra arbetstagaren att arbeta övertid, byta schema, fullgöra jour och beredskap samt arbeta mer än fastställd arbetstid.⁴⁸

Utöver vad som sagts ovan menar SKR att arbetsgivaren genom beslut om så kallat vikariatsförordnande har viss möjlighet att tillfälligt ge en arbetstagare arbetsuppgifter som normalt ligger utanför arbetskyldigheten i anställningsavtalet. Med ett sådant förordnande

⁴⁶ www.arbetsgivarverket.se/ledare-i-staten/arbetsgivarguiden/fragor-och-svar/arbetskyldighet-och-omplacering/nar-kan-arbetsgivaren-arbetsleda-och-nar-blir-det-omplacering/, besökt 2022-01-28.

⁴⁷ <https://skr.se/skr/covid19ochdetnyacoronaviruset/arbetsgivaresansvar/fragorochsvaromarbetsgivaresansvar/arbetsledningochpersonalforsorjning.32719.html>, besökt 2021-05-05.

⁴⁸ A.a.

skulle det vara möjligt att säkerställa att viktig verksamhet kan fortsätta bedrivas. Vikariatsförordnandet innebär i så fall en relativt omfattande arbetskyldighet för arbetstagaren som även kan sträcka sig utanför avtalsområdet, men det är alltid av tillfällig natur. Exempel på vikariatsförordnande som skulle kunna ge viss nödvändig förstärkning på vårdområdet skulle kunna vara när administrativ personal med vårdkompetens går in för att utföra vård då det finns vakanser.⁴⁹ Vårdförbundet menar dock att det inte finns en gemensam syn avseende skyldigheten att vikariera och att det inte heller följer av rättspraxis. Enligt utredningen är resonemanget dock intressant och av beredskapsskäl vore det väl om frågan kunde redas ut mellan parterna.

Utöver vad som angivits ovan finns viss möjlighet för arbetsgivaren att stadigvarande förflytta en arbetstagare till andra arbetsuppgifter eller annan arbetsplats. Denna åtgärd sker då alltid inom ramen för arbetskyldigheten enligt anställningsavtalet, vilket för Kommunals avtalsområde typiskt sett bedöms vara vidare än inom avtalsområdena för tjänstemän. Ett beslut om stadigvarande förflyttning ska föregås av MBL-förhandling. Detta är också givetvis ett möjligt verktyg för arbetsgivaren att säkerställa att viktig verksamhet hålls igång på lång sikt. För stadigvarande förflyttning ska arbetsgivaren ha vägande skäl för åtgärden.⁵⁰

Stadigvarande förflyttning ska inte blandas ihop med ett tillfälligt behov av att arbetstagaren byter arbetsplats eller arbetsuppgifter inom ramen för arbetskyldigheten. Sådana tillfälliga åtgärder för att säkerställa viktiga verksamheter sker utifrån arbetsgivarens arbetsledningsrätt.⁵¹

Omfördelning av personal till andra juridiska personer

Kommuner och regioner organiserar som huvudmän hälso- och sjukvården på olika sätt. I vissa kommuner och regioner är hälso- och sjukvårdsverksamheten organiserad så att viss verksamhet bedrivs av privata eller offentligt ägda bolag eller genom kommunalförbund vilka utgör olika juridiska personer. Möjligheterna att omfördela personal mellan olika juridiska personer och inom en och samma juridiska person skiljer sig åt.

⁴⁹ A.a.

⁵⁰ A.a.

⁵¹ A.a.

När det gäller möjligheter att omfördela personal utifrån arbetsledningsrätten, är det tveksamt om det överhuvudtaget finns möjlighet att beordra personal att arbeta hos en annan arbetsgivare. Arbetstagarens arbetskyldighet gäller endast inom ramen för arbetsgivarens verksamhet samt inom de ramar som följer av anställningsavtalet, kollektivavtal och praxis. Ett alternativ till överföring av personalresurser mellan en kommun eller region och kommunala eller regionala bolag är att arbetstagaren beviljas tjänstledighet från kommunen eller regionen och erhåller anställning i bolaget under motsvarande tid. Detta förutsätter att arbetstagaren accepterar lösningen.⁵² För resonemang angående höjd beredskap, se vidare 8.1.2.

Överföring av personalresurser som bygger på arbetstagarens tjänstledighet från "huvudarbetsgivaren" respektive anställning hos annan arbetsgivare kan, beroende på tillämpliga försäkrings- och pensionsplaner, medföra att arbetstagaren vid överföring till annan arbetsgivare erhåller sämre försäkringsmässigt skydd och/eller får vidkännas förluster i intjänande av och/eller behållning av tjänstepension. Ett säkerställande av lösningar som neutraliserar negativa effekter på arbetstagarnas försäkringsskydd och tjänstepension bedöms vara en grundförutsättning för att överföring av personalresurser mellan arbetsgivare ska kunna fungera tillfredställande.

Utredningens bedömning

Omfördelning av egen personal är ett redskap som kan användas för att tillfälligt öka de personella resurserna. Otillräckliga möjligheter att flytta personal vid tillfälligt ökade vårdbehov kan innebära behov av en ökad grundbemanning.

Omfördelning av personal ställer krav på att personalen har för uppgiften erforderlig kompetens. Arbetsledningsrätten skapar vissa förutsättningar för omfördelning av personal inom en och samma arbetsgivares verksamhet. Det är också möjligt att teckna kollektivavtal som skapar större möjligheter än de som nu finns att flytta anställda.

Det är betydligt svårare att omfördela personal mellan olika juridiska personer. Möjligheterna att omfördela personal påverkas således också av hur en kommun eller region valt att organisera sig. Bedöm-

⁵² A.a.

ningar av behovet av att kunna omfördela personal är därmed en faktor som måste beaktas då kommuner och regioners beslutar om hur vården ska organiseras. Möjligheter att omfördela personal måste också beaktas vid avtalsskrivning med utförare av vård och när kommunalförbund inrättas.

8.2.3 Minskning av vårdutbudet för att frigöra personal

Bedömning: Genom att minska utbudet av sådan vård som kan anstå kan viss personal frigöras. Personal som kan frigöras måste besitta nödvändig kompetens för de uppgifter som de ska utföra.

Ett sätt att frigöra personella resurser är att prioritera mellan olika verksamheter som bedrivs. Utredningen har tidigare föreslagit att hälso- och sjukvården vid fredstida kriser och i krig ska ha kapacitet att utföra sådan vård som inte kan anstå.^{53,54} Vilken vård som kan eller inte kan anstå är dynamiskt och måste avgöras av den aktuella situationen. Det är inte ens givet att det alltid är möjligt att upprätthålla all vård som inte kan anstå. Utgångspunkten är att vård som inte kan anstå är prioriterad. Det bör därför vara möjligt att frigöra vissa personella resurser som arbetar med vård som faktiskt kan anstå.

Förutsättningarna att omprioritera personella resurser avgörs som tidigare framhållits bl.a. av den kompetens som efterfrågas och den kompetens som den personal som kan frigöras besitter.

Genom planering kan det minskade vårdutbudet och den omfördelning av personalresurser som minskningen av vårdutbudet möjliggör förberedas. Att i förväg tänka igenom vilken typ av personal som behövs i olika situationer och förbereda för tjänstgöring av personal som kan omflyttas innebär att både verksamheten och individen är förberedda. Det innebär också att det kan finnas utrymme för kompletterande utbildning för att stödja en sådan omfördelning. En väl genomförd planering kanske även kan möjliggöra förstärkningar mellan olika vårdgivare även då flera olika juridiska personer utför vård.

⁵³ Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning (SOU 2020:23), s. 54.

⁵⁴ En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19), s. 285.

Utredningens bedömning

Genom att minska utbudet av sådan vård som kan anstå kan viss personal frigöras. Personal som kan frigöras måste besitta nödvändig kompetens för de uppgifter som de ska utföra.

8.2.4 Sträcka kompetensen

Bedömning: Att sträcka sin kompetens och utföra andra uppgifter än vad man gör i vardagen är ett verktyg som kombinerat med andra kan vara värdefullt då det personella resursläget i vården är så ansträngt att det inte längre går att upprätthålla vården på normalt vis. Sådana åtgärder bör kombineras med kompetensutveckling, övning och eventuell planerad omplacering.

I situationer där det personella resursläget i vården är så ansträngt att det inte är möjligt att upprätthålla sådan vård som inte kan anstå med normala kvalitetskrav, kan det bli nödvändigt även med sådan kvalitetssänkning som kommer av att personalen inte har exakt den kompetens som det normalt ställs krav på.

En metod att tillskapa personalresurser för sådana situationer är att personalen får utföra flera olika uppgifter som är något mer avancerade än de uppgifter de normalt utför. Det finns få formella krav på specifik kompetens så länge vården utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Det finns säkert inom olika yrkesgrupper och specialiteter en outnyttjad potential som genom rätt förberedelser, utbildning och övning kan komma till nytta. Det handlar exempelvis om uppgifter som personalen är utbildad för att utföra, men som de inte utför till vardags. Av en rapport från Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering framgår t.ex. att andelen sjuksköterskor som arbetar som chefer och administratörer inom offentlig förvaltning ökat från nära noll procent till cirka 8 procent mellan åren 1995 och 2016.⁵⁵ Samtidigt har antalet utbildade sjuksköterskor ökat från 11 till 13 per tusen invånare mellan år 1985 och 2016, vilket även påverkat antalet chefer och administratörer.⁵⁶ I absoluta tal inne-

⁵⁵ Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (2018): *Bristyrken i offentlig verksamhet – var arbetar de utbildade* (2018:19), s. 15.

⁵⁶ A.a., s. 10.

bär det att det i dag finns uppskattningsvis 10 000 sjuksköterskor som arbetar som chefer eller administratörer.⁵⁷ Sannolikt har alla dessa sjuksköterskor en grundkompetens och kanske till och med en specialisering som genom reaktivering kan användas. Även chefer som inte är vårdpersonal kan i situationer med stor personalbrist behöva ta över uppgifter från chefer med vårdkompetens för att därigenom frigöra t.ex. utbildade sjuksköterskor. Även om det i den ovan nämnda rapporten saknas underlag för andra yrkesgrupper i vården än sjuksköterskor finns sannolikt även där personal som arbetar i chefsbefattningar där det kan behöva övervägas var deras kompetens kommer till störst nytta i ansträngda situationer.

Att låta mindre tränad vårdpersonal utföra vissa åtgärder kan i vissa situationer rädda liv och därmed leda till undvikande av allvarlig vårdskada även om det i en annan situation är lämpligare om vården utförs av en mer person med särskild utbildning, mer träning eller längre erfarenhet. En bedömning att låta fler personer utföra vård som de normalt inte utför kan föregås av ett beslut om sänkt vårdkvalitet. Det är i så fall inte ett beslut som ska fattas lokalt utan utgör ett centralt strategiskt verktyg och baseras på nationella beslut (se vidare avsnitt 13.3.1). På samma sätt som vad gäller en minskning av vårdutbudet och att placera personer i annan verksamhet än där de normalt arbetar bör naturligtvis åtgärden att utföra annan vård än den man normalt utför så långt det är möjligt bygga på frivillighet. Precis som för övriga åtgärder behöver en bedömning göras av vilka patientrisker som är förenade med åtgärden och vilken nytta åtgärden ger. Frågor om patientsäkerhet avhandlas särskilt i kapitel 13.

Av Socialstyrelsens rapport *Kompetensförsörjning och patientsäkerhet – Hur brister i bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten* framgår att det är förenat med större risk att ha fel eller otillräcklig kompetens, jämfört med att ha en låg bemanning.⁵⁸ Att använda personal som normalt inte utför en viss uppgift kan kombineras med en åtgärd som består i minskad personaltäthet avseende personal som normalt utför uppgiften. På så sätt åstadkoms en betydligt mer hållbar och patientsäker situation än om endast tillfällig personal självständigt och utan uppbackning ska utföra en uppgift. Denna tankegång vinner också stöd i Socialstyrelsens rapport.

⁵⁷ Baserat på en befolkning på 10 miljoner invånare.

⁵⁸ Socialstyrelsen (2018): *Kompetensförsörjning och patientsäkerhet – Hur brister i bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten*, (ISBN 978-91-7555-447-1), s. 42.

Socialstyrelsens rapport tar sin utgångspunkt i vardagen där man jämför en ”optimal” situation med en ”alternativ situation” eller andra ”alternativa situationer”. Det är i detta sammanhang viktigt att komma ihåg att det utredningsuppdrag som givits denna utredning inte syftar till att lösa sjukvårdens personalproblem i vardagen, utan avser situationer när det förekommer en mycket hård belastning på hälso- och sjukvården, ofta på grund av en yttre opåverkbar händelse. Lösningar som kan vara de bästa för vårdens vardag kanske inte är möjliga under svåra omständigheter.

Förutsättningarna att sträcka sin kompetens varierar förstås från en individ till en annan. Vissa personer kan ha en närliggande specialisering, andra kan ha arbetat i en specialitet men valt att gå vidare till andra arbetsuppgifter eller vara dubbelspecialiserad. I vissa fall kan det behövas en repetitionsutbildning som kombineras med viss praktik för att en individ ska komma tillbaka till en acceptabel nivå. Det handlar således om en form av reaktivering. Att arbeta tillsammans med mer rutinerad personal vid minskningar av den ordinarie personalens personaltäthet kan i sig också utgöra en kompetenshöjande åtgärd.

Sådan utbildning, fortbildning och övning som krävs för situationer då vårdpersonal ska sträcka sin kompetens och utföra uppgifter som man normalt sett inte utför bör så långt möjligt planeras.

Utredningens bedömning

Att sträcka sin kompetens och utföra andra uppgifter än vad man gör i vardagen är ett verktyg som kombinerat med andra kan vara värdefullt då det personella resursläget i vården är så ansträngt att det inte längre går att upprätthålla vården på normalt vis. Sådana åtgärder bör kombineras med kompetensutveckling, övning och eventuell planerad omplacering.

8.2.5 Kompletteringsutbilda personal

Bedömning: Kompletteringsutbildning ger fler anställda en bredare kompetens och en större flexibilitet till bemanning i vården. Sådan utbildning måste för bästa effekt bedrivas i ett föreperpektiv.

Det är viktigt att den personal som arbetar i vården har den erfarenhet och kompetens som krävs för uppgiften. Förutsättningarna att omprioritera personella resurser avgörs bl.a. av den kompetens som efterfrågas och den kompetens som den personal som kan frigöras besitter. Det är exempelvis osannolikt att ett ökat behov av personal för kirurgiska operationer eller intensivvård generellt sett kan tillgodoses genom nedskärningar i primärvård eller habilitering, även om det säkert finns vissa medarbetare där som kan ha specifik kompetens som efterfrågas. All legitimerad personal har en bred grundutbildning att stå på som genom rätt utbildningsinsatser bör innebära att de kan utföra vissa, men inte alla vårduppgifter. Personal ur andra verksamheter kan då stödja sådan vård som inte kan anstå genom olika former av enklare åtgärder eller handräckning. Sådan förstärkning kräver därför ständig tillgång på, och närvaro av, specialister. Det kan inte heller uteslutas att medarbetare genom kompletterande utbildningsåtgärder kan utföra vissa specifika mer specialiserade arbetsuppgifter. Medarbetare som tidigare utfört specialiserade uppgifter och valt att gå vidare till andra arbetsuppgifter kan också genom utbildning reaktiveras.

I Sverige finns ett utbildningssystem med både grund- och specialistutbildningar för flera legitimationsyrken. För t.ex. läkare innebär det i praktiken att alla specialiserar sig och för sjuksköterskor att man kan välja att specialisera sig för att kunna utföra vissa särskilda arbetsuppgifter t.ex. arbeta inom operationsverksamheten eller intensivvård. Systemet med specialisering är ett sätt att säkerställa att den personal som arbetar i en viss verksamhet eller utför vissa uppgifter har den kompetens som krävs. Samtidigt som detta i många avseenden är en styrka är det också en baksida. När många verksamheter eller uppgifter blir mer och mer specialiserade eller till och med subspecialiserade innebär det också att flexibiliteten och möjligheten att använda personal till många olika arbetsuppgifter gått förlorad.

För att säkerställa den möjlighet till flexibilitet som med all sannolikhet behöver finnas i vissa situationer, skulle specialist- och kompletteringsutbildning av personal egentligen behöva öka. En större pool av välutbildad personal innebär stora fördelar när det gäller att använda personalen flexibelt. Samtidigt krävs att de kunskaper och andra praktiska färdigheter som utbildning ger vidmakthålls genom återkommande träning. Sådan träning kan endast fås genom att delta i verksamheten. Därmed kan det finnas behov av viss rotationstjänstgöring under handledning för att upprätthålla en rimlig nivå på kvaliteten.

En ökad utbildning får inte bara betydelse i vardagen. Med ökad utbildning kommer en större förståelse för helheten och möjligheter att se komplexa samband vilket sannolikt ökar kvaliteten på vården även i vardagen. Allt detta kommer sannolikt med en kostnad eftersom både utbildningen i sig och tid för utbildningen innebär ökade kostnader för vårdgivarna. Välutbildad personal brukar också se ett naturligt samband mellan kompetens och lön. Det är allmänt inte så att kompetensutveckling i sig ses som lön nog för mödan.

Kompletteringsutbildning innebär inte samma höga kvalitet som vidareutbildning, men skulle enligt utredningen kunna utgöra ett värdefullt tillägg när vidareutbildning inte är möjlig eller rimlig att genomföra. Kompletteringsutbildning behöver, för att vara ett fungerande instrument, vara fokuserat på specifika arbetsuppgifter och kan aldrig ersätta vidareutbildning till specialister. Kompletteringsutbildning skulle kunna vara ett värdefullt tillskott för att avlasta ordinarie personal, men kan sannolikt inte skapa en personalpool som helt självständigt kan driva en verksamhet. Kompletteringsutbildad personal ska arbeta tillsammans med den ordinarie personalen, inte ersätta den. Det finns indikationer på att om enskilda individer har otillräcklig kompetens behöver det inte innebära någon risk om det finns tillräcklig kompetens i vårdteamet.⁵⁹ Kompletteringsutbildad personal ska inte heller vara ett sätt att sänka lönekostnaderna. Det kan däremot bidra till en form av ”utspädning” av personalen så att mer vård kan produceras men med en fortsatt acceptabel kvalitet i vissa särskilda situationer. Ett liknande förslag har förts fram från politiskt håll i Västra Götalandsregionen där en treårig satsning på att ge erfarna sjuksköterskor och undersköterskor från andra verk-

⁵⁹ Socialstyrelsen (2018): *Kompetensförsörjning och patientsäkerhet* *Kompetensförsörjning och patientsäkerhet – Hur brister i bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten*, (ISBN 978-91-7555-447-1), s. 8

samheter särskild utbildning med inriktning på viss IVA-kunskap genomförs. Satsningen ska kopplas till karriärutvecklingsmodellen för respektive yrkesgrupp, med utveckling av kompetens och ansvar. Tanken är att kunna förstärka bemanningen av IVA-vården vid extraordinära situationer och särskilda händelser.⁶⁰

Utbildning görs bäst till vardags när samhället fungerar normalt. Det finns betydande utmaningar med att kompletteringsutbilda personal under en kris när situationen allmänt sett är ansträngd. Att genomföra vidareutbildning kan inte anses vara genomförbart under annat än mycket långvariga kriser då sådan utbildning oftast tar lång tid att genomföra.

Erfarenheter av omställning och kompletteringsutbildning av personal under utbrottet av covid-19.

Under den period då ett stort antal patienter med covid-19 var i behov av sjukhusvård saknades både personal och lokaler som tillgodosåg behovet. Detta gällde framför allt intensivvårdsavdelningar, infektionsavdelningar samt de särskilda avdelningar som upprättades för vård av patienter med covid-19, ofta benämnda som pandemiavdelningar. Som beskrivs i avsnitt 4.4.2 upprättades även lokaler för att bedriva vård utanför sjukhus. För att tillgodose det ökade behovet av personal för att vårda patienter med covid-19 har kommuner och regioner använt flera av de verktyg som beskrivs i detta kapitel. Vad utredningen erfar har regionerna erbjudit kompletterande utbildning (fortbildning) till den personal som accepterat att arbeta på de vårdavdelningar som vårdade patienter med covid-19. Regionerna beskriver att Socialstyrelsens utbildningar för att hindra smittspridning och skydda personal har använts som en basutbildning.⁶¹ Även regionernas smittskyddsenshet samt vårdhygien eller motsvarande har tagit fram utbildningsmateriel där Folkhälsomyndighetens rekommendationer användes för att utarbeta regional och lokala riktlinjer.⁶² Flera regioner berättar om att de samarbetat med närliggande lärosäten i framtagandet av teori och praktik avseende vård av covid-19

⁶⁰ Västra Götalandsregionen, Budget 2022 samt plan för ekonomin åren 2023–2024 för Västra Götalandsregionen (dnr. RS 2021-02700).

⁶¹ www.socialstyrelsen.se/coronavirus-covid-19/utbildning-och-material-covid-19/ (besökt 2021-12-08).

⁶² www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/information-till-varden/personal-inom-halso--och-sjukvard/ (besökt 2021-12-08).

patienter. Aktuella avdelningar har sedan haft en specifik fortbildning och introduktion för just den avdelningens särskilda rutiner, skyddsutrustning, medicinskteknisk utrustning m.m. Regionerna har även skapat specifika, riktade kompletterande fortbildningar för specialistsjuksköterskor, grundutbildade sjuksköterskor och undersköterskor utifrån de behov som fanns i egen region. Det kunde innebära att specialistsjuksköterskor inom anestesivård fick kompletterade fortbildning för att kunna arbeta på en intensivvårdsavdelning. Detta bedömdes som en bra lösning då den planerade operationsverksamheten minskade under pandemins mest intensiva period. Vidareutbildning till specialistsjuksköterska inom intensivvård och anestesivård har i flera delar ämnesområden med samma eller liknande moment, detta möjliggjorde att sjuksköterskorna kunde byta arbetsplats från anestesivård till intensivvård. Flera regioner har beskrivet att anestesivårdssjuksköterskorna arbetade patientnära med exempelvis omvårdnad, beredning av infusioner och läkemedel under handledning av en rutinerad intensivvårdssjuksköterska. Flera regioner beskriver att efter hand kunde anestesivårdssjuksköterskorna arbeta helt självständigt. I några regioner har även grundutbildade sjuksköterskor, under handledning, arbetat på intensivvårdsavdelning. Undersköterskor har också erbjudits kompletteringsutbildning för att kunna vårda covid-19 patienter på intensivvårdsavdelning och andra vårdavdelningar.

På sjukhusens särskilda pandemiavdelningar utgjorde personal från infektionskliniken en bas. De stod för rutinen och erfarenheten att vårda svårt sjuka patienter med infektionssjukdomar. Övrig personal kom från avdelningar vars ordinarie verksamhet hade minskat, exempelvis kirurgavdelningar. Många medarbetare beskriver att det fanns ett stort behov av kompletterings- och introduktionsutbildning innan de påbörjade arbetet på en pandemiavdelning.

I och med att kunskapen om sjukdomen ökade fanns även stora behov av kontinuerlig fortbildning. Många regioner beskriver att det utsågs särskilda personer som ansvarade för att utbildningar och utbildningsmateriel var uppdaterade enligt myndigheternas senaste riktlinjer. Dessa personer ansvarade även för att de verksamheter i regionen som inte bedrev vård men ändå var berörda fick kännedom om aktuellt material exempelvis tandvård, ambulanssjukvård, stödfunktioner såsom vaktmästeri och fastighetsservice.

Utredningens bedömning

Utredningen konstaterar att genom de utbildningsinsatser som har genomförts under pandemin har många värdefulla erfarenheter vunnits kring möjligheterna till kompletteringsutbildning inom vården. Kompletteringsutbildning kan ge fler anställda en bredare kompetens och skapa större flexibilitet till bemanning i vården vilket minskar sårbarheten i verksamheten. Sådan utbildning måste för att få bästa effekt bedrivas i ett före-perspektiv.

8.2.6 Öka arbetstidsuttaget

Bedömning: Ökat arbetstidsuttag är en åtgärd som tillfälligt kan användas för att öka tillgången till personal. Sådana åtgärder måste kompletteras med rimlig vila och återhämtning för att vara hållbara. Vila och återhämtning är särskilt viktigt i situationer som sträcker sig över längre tid. Krislägesavtalet är ett användbart verktyg för att åstadkomma ovanstående.

Ett annat sätt att få tillgång till mer personal är genom att öka arbetstidsuttaget för befintlig personal. Sådana möjligheter finns för arbetsgivaren genom att på sedvanligt sätt beordra övertid. Detta har dock sina begränsningar genom att personalen ganska snabbt slår i övertidstaket och därmed helt förbrukat detta redskap. När väl övertidstaket är nått innebär det begränsningar inte bara för den aktuella händelsen utan även för kommande liknande händelser eller möjligheten att använda övertid i vardagen.

I samband med de omfattande skogsbränderna sommaren år 2018 aktualiserades ett antal frågor om anställningsvillkor och ersättningar för arbetstagare som arbetade under händelserna. Det blev i samband med att dessa frågor utreddes tydligt att befintliga kollektivavtal uppfattades som otillräckliga. Parterna bedömde mot bakgrund av detta att det var nödvändigt att ta fram ett särskilt kollektivavtal som ska gälla vid krislägen. Syftet med krislägesavtalet är att ge en större flexibilitet vad gäller arbetsskyldighet, arbetstid och villkor och i gengäld förmånligare ersättningar för arbetstagarna. Genom att tillämpa avtalet åsidosätts arbetstidslagen och det finns möjligheter att, utan att riskera att i framtiden inte kunna använda övertidsinstrumentet,

få ut mer arbetad tid. Avtalet ger också större möjligheter till att flytta personal inom den egna organisationen och i viss mån mellan regioner. Krislägesavtalet ger dock inga utökade möjligheter att flytta personal från t.ex. privata företag som tillverkar sjukvårdsprodukter eller statliga myndigheter. Avtalet kan motiveras med att det finns ett behov av att kunna fortsätta bedriva viss samhällsviktig verksamhet trots att resurserna är mycket skrala om alla andra möjligheter uttömts.

Med krisläge avses enligt avtalet en händelse som innebär allvarliga samhällsstörningar och som medför omfattande eller avgörande påverkan på personalförsörjningen i en kommuns eller regions verksamhet. För att krislägesavtalet ska vara tillämpligt krävs att ett krisläge⁶³ enligt ovan konstateras av kommunen eller regionen genom beslut i behörig ordning (särskild delegation), samt att ett särskilt och likalydande beslut om aktivering av avtalet har fattats av SKR:s och Sobonas⁶⁴ styrelser.

Krislägesavtalet är normativt. Detta innebär att det inte är möjligt för lokala parter att komma överens om avvikelser såsom lokala kollektivavtal eller enskilda överenskommelser. Avtalet innebär att arbetstagaren är skyldig att utföra de arbetsuppgifter som arbetsgivaren beslutar om och som är oundgängligen nödvändiga för att avvärja, avhjälpa eller förhindra det aktuella krisläget.

Det krislägesavtal som initialt gällde under utbrottet av covid-19 innebar att en arbetstages arbetstid kunde uppgå till i genomsnitt 48 timmar per vecka under en beräkningsperiod om fyra veckor. Under beräkningsperioden kunde alltså arbetstiden uppgå till maximalt 192 timmar (jfr 160 h normal heltid). Arbetstiden behövde inte heller fördelas jämnt över de olika veckorna. Av avtalet framgick också att arbetsgivaren kan behöva ändra arbetstiderna med kort framförhållning och att det gäller dygnets alla timmar och veckans alla dagar. Som motprestation fick arbetstagaren ett påslag på lönen om 120 procent, dvs. totalt 220 procent av ordinarie lön. Avtalet gav också möjlighet till att ta ut s.k. nödfallsövertid utöver de 192 timmarna på fyraveckorsperioden. Enligt avtalet borde den sammanhängande dygnsvilan inte understiga ett genomsnitt av 9 timmar varje

⁶³ Notera att man här valt en annan skrivning än den som förekommer i LEH där man använder begreppet extraordinär händelse för att kommuner och regioner ska ha möjlighet att stödja varandra.

⁶⁴ Sobona är de kommunala företagens arbetsgivarorganisation. Sobona tecknar kollektivavtal, stödjer medlemmarna i arbetsgivarfrågor och opinionsbildar för att stärka de kommunala företagen.

24-timmarsperiod och veckovilan borde inte understiga 24 timmar på varje sjudagars-period. Detta krislägesavtal innebar dock vissa begränsningar vilket framgår nedan. I dag är ett nytt krislägesavtal framförhandlat. Vad utredningen erfar är detta dock endast påskrivet av Vårdförbundet och inte av Läkarförbundet.

När krislägesavtalet tillämpas gäller inte reglerna om jour och beredskap för t.ex. läkare eftersom krislägesavtalet är normativt. Krislägesavtalet innebär också en utökad arbetskyldighet som innebär att arbetsgivaren har större möjlighet att flytta personal inom en verksamhet än med de normala kollektivavtalen. Avtalet innebär också en arbetskyldighet hos andra regioner vid in- och utlån av personal.

De fackliga organisationernas och regionernas erfarenheter av tillämpningen av avtalet under utbrottet av covid-19.

Läkarförbundet, Vårdförbundet och SKR/Sobona har till utredningen framfört att det finns ett värde med att ha ett särskilt normerande avtal för krissituationer där det råder omfattande brist på personal. Avtalet har sin grund i de situationer som uppstått kring omfattande räddningstjänstinsatser vid skogsbränder vilket enligt arbetsgivar sidan inte är ett problem i sig då avtalet ska vara generellt. De fackliga parterna å andra sidan menar att just detta att avtalen grundar sig i räddningsinsatser är ett problem när det ska appliceras på hälso- och sjukvården. Parterna är oaktat detta överens om vad som varit de huvudsakliga utmaningarna med nuvarande avtal.

Ett problem som särskilt lyfts fram är att avtalet i grunden varit tänkt att vara aktiverat i en fyraveckorsperiod men under pandemin i vissa fall varit aktiverat kontinuerligt. En kontinuerlig aktivering ger inte det utrymme till återhämtning som krävs mellan insatsperioderna. En annan synpunkt har varit att 48 timmar per vecka är ett för stort arbetstidsmått, åtminstone då avtalet används under så långa tidsperioder. Utredningen kan konstatera att det varit vanligare att sjuksköterskor anvisats på avtalet än läkare. Det är svårt att säga vad detta beror på.

De fackliga organisationerna har framfört att de uppfattar att krislägesavtalet aktiverats och använts olika i olika regioner. Enligt de fackliga organisationerna skapar olikheterna en del kommunikativa problem, det är svårt att förstå varför en viss situation i en region leder till aktivering men inte en snarlik situation i en annan region.

Regionerna beskrivs ha haft olika strategier i hur avtalet aktiverats där vissa i stället har förlitat sig på lokala lösningar. Arbetsgiversidan har en annan bild då de prövar varje enskild begäran om att aktivera avtalet och därmed inte ser om det finns regioner som hade kunnat vara föremål för och uppfyllt de kriterier som finns för att aktivera avtalet men inte begärt att så ska ske. Arbetsgiversidan menar också att det kan finnas olika skäl till att regionerna valt olika strategier, bl.a. att det funnits lokalt fackligt motstånd eller att man valt att fortsätta med ordinarie avtal för att kunna nyttja möjligheterna till jour och beredskap för läkare. Arbetsgiversidan kan dock konstatera att det endast är centrala parter som kan komma överens om att sätta arbetstidslagen ur spel genom kollektivavtal. Utvärdering av krislägesavtalet har genomförts av parterna.⁶⁵ Ovanstående frågeställningar är dock viktiga att beakta i framtida kriser och tillämpning av avtalet. Det kan finnas en stor vinst i en samlad nationell bild av vad avtalet innebär och hur det tillämpas. Detta ankommer på alla parter, lokalt och nationellt.

De fackliga organisationerna menar också att det faktum att avtalet skrevs på efter att pandemin brutit ut innebär att arbetsgivarna inte kunnat planera hur verktyget ska användas. För att ett avtal som krislägesavtalet ska vara fullt ut användbart behöver det finnas en underliggande planering och strategi bakom hur det används.

Parterna konstaterar också att de delar i avtalet som handlar om att flytta personal mellan regioner inte använts särskilt flitigt under pandemin. En orsak till detta kan vara att alla regioner varit hårt ansträngda samtidigt och man därför bedömt att det varit lättare att flytta patienter än personal. En annan orsak kan enligt SKR vara att de fackliga parterna varit mycket kritiska till tvångsförflyttning av personal. SKR bedömer att en situation som begränsas till en eller ett fåtal kommuner eller regioner så skulle frågan om att flytta personal hamna i ett annat läge. Enligt SKR skulle i en sådan situation sannolikt också många ställa upp frivilligt vilket också är den lösning som av alla parter förordas i första hand. Utredningen kan konstatera att det är intressant att regionerna valt att hellre flytta svårt sjuka patienter än att flytta personal. Vad utredningen erfar har det före pandemin funnits en bred övertygelse om att flytt av patienter innebär patientsäkerhetsrisker och inte ska genomföras annat än när så är nödvändigt.

⁶⁵ Sveriges kommuner och regioner (2021): *Utvärdering av Krislägesavtalet*.

Avslutningsvis kan det konstateras att parterna är överens om att det behövs ett redskap som krislägesavtalet men att det finns behov av en viss utveckling för att det ska kunna användas bättre.

Ett nytt avtal

Under våren år 2021 enades SKR, Sobona och fackförbunden i kommunsektorn om ett ändrat krislägesavtal. Vad utredningen erfar har dock Läkarförbundet ännu inte skrivit på detta avtal. I det uppdaterade krislägesavtalet är tiden en arbetstagare kan gå på krislägesavtalet begränsad till sammanlagt högst åtta veckor, med återhämtning på 36 timmar mellan anvisade perioder. Efter åtta veckor inträder en karensperiod på 12 veckor under vilken individen inte kan anvisas på avtalet. En förlängning av de maximalt åttaveckorna kan endast ske om det är absolut nödvändigt att anvisa just den enskilda medarbetaren. Vid en förlängning efter åtta veckor får anvisningstiden vara högst två veckor i taget och där återhämtning på 36 timmar ska ske mellan varje anvisad period.⁶⁶

Ersättningarna och tiden för återhämtning höjs i det uppdaterade avtalet. Krisersättningen höjs från 120 till 130 procent, vilket ger en ersättning på 230 procent av lönen per timme. Ersättningen vid uttag av särskild nödfallsövertid höjs från 150 till 180 procent, vilket ger en ersättning på 280 procent av lönen per timme. Tiden för återhämtning efter sista arbetspasset på krislägesavtalet utökas från 24 timmar till 36 timmar.⁶⁷

Krislägesavtalet är det sätt som parterna använt för att åstadkomma mer arbetstid. Avtalet har tillämpats olika och har åtminstone enligt de fackliga företrädarna vissa utvecklingsbehov. Parterna är dock ense om att det största problemet är att personalen i händelse av utdragna kriser blir hårt belastade. Avtalet är relativt ungt och det verkar finnas en stor vilja hos parterna att utveckla avtalets utformning för att möjliggöra ett välfungerande verktyg. Genom de förändringar som gjordes under våren år 2021 hanteras en del av de svårigheter som parterna identifierat med avtalet vid tillämpningen under en sådan utdragen kris som pandemin utgjort.

⁶⁶ <https://skr.se/skr/tjanster/press/nyheter/nyhetsarkiv/uppdateratkrislagesavtalanpassattillolikakriser.55210.html>, besökt 21-08-10 samt information från Vårdförbundet.

⁶⁷ A.a.

Utredningens bedömning

Ökat arbetstidsuttag är en åtgärd som tillfälligt kan användas för att öka tillgången till personal. Sådana åtgärder måste kompletteras med rimlig vila och återhämtning för att vara hållbara. Vila och återhämtning är särskilt viktigt i situationer som sträcker sig över längre tid. Krislägesavtalet är ett användbart verktyg för att åstadkomma ovanstående.

8.2.7 Minskad personaltäthet

Bedömning: Minskad personaltäthet är ett nödvändigt verktyg för att personalen i vissa ansträngda lägen ska räcka till för den vård som måste utföras. Minskad personaltäthet går att förena med krav på patientsäker vård, men varje sådan åtgärd måste alltid nogra vägas mot alternativa åtgärder. Vederbörlig hänsyn måste alltid tas till patientsäkerhetsrisker och arbetsmiljön för personalen.

Ett sätt att få befintlig personal att räcka till för att behandla fler patienter är att minska personaltätheten, dvs. att låta färre personer ansvara för vård av flera patienter. Detta är inte en optimal åtgärd och den bör inte vara ett alternativ om andra åtgärder med mindre påverkan på vårdkvalitet, patientsäkerhet eller arbetsmiljö står till buds. Det finns dock situationer då det kan antas att denna typ av åtgärder blir nödvändiga.

Det kan antas att många reflexmässigt bedömer att minskad personaltäthet innebär patientsäkerhetsrisker. Det är dock inte givet att så är fallet. Allmänna resonemang om patientsäkerhet och vårdutfall förs i avsnitt 13. Kortfattat innebär patientsäkerhet enligt patientsäkerhetslagen skydd mot vårdskada. Med vårdskada avses lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som är bestående och inte ringa, eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

En central fråga vid bedömningen av patientsäkerheten blir huruvida en vårdskada hade kunnat undvikas. Vid en sådan bedömning måste hela situationen och de tillgängliga resurserna beaktas. Det går

inte att göra bedömningen att en vårdskada har uppstått därför att den hade kunnat behandlas om situationen varit en annan och t.ex. en fredstida kris inte inträffat. När frågan om vårdskada, och därmed patientsäkerhet, bedöms måste därför tas i beaktande den situation som var gällande. Om däremot vården i den aktuella situationen hade kunnat åstadkommas på annat sätt, genom t.ex. ett ökat arbetstidsuttag eller tillförande av extra resurser kan det argumenteras för att en vårdskada hade kunnat förhindras under den specifika situationen.

I en undersökning genomförd av Socialstyrelsen framgår att brist på kompetens påtagligt ökar risken för vårdskador medan underbemanning är mer ett arbetsmiljöproblem och något som försämrar patientens vårdupplevelse. Brister i bemanning bedöms vara lättare att kompensera för. Vad gäller kompetens handlar det främst om att det är brist på erfarenhet snarare än formell utbildning. Att patienter vårdas av personal som har fel eller otillräcklig kompetens bedöms som ”direkt farligt”. Om enskilda individer har otillräcklig kompetens behöver det inte innebära någon risk om det finns tillräcklig kompetens i vårdteamet.⁶⁸ Det går därmed inte med automatiskt att säga att en minskad personaltäthet leder till bristande patientsäkerhet givet den aktuella situationen. En minskad personaltäthet kan tvärtom leda till att fler patienter kan behandlas och därmed att flera allvarliga vårdskador kan undvikas. I en krissituation eller i krig kanske detta måste ske på bekostnad av att vissa får vad som i ett normal-tillstånd hade bedömts som en lindrig vårdskada.

Under fredstida kriser och krig kan situationer när ett mycket stort antal patienter behöver vård samtidigt uppstå. Det kan handla om t.ex. ett terrorattentat, en pandemi eller i samband med strids handlingar. I sådana situationer får det förutsättas att det inte är ett alternativ att lägga svårt skadade eller sjuka åt sidan för att dö bara för att upprätthålla en viss bemanningsnivå. Att glesa ut personalen måste då kunna utgöra en av flera åtgärder för att söka upprätthålla sådan vård som inte kan anstå. En sådan åtgärd måste föregås av ett analysarbete, eventuella förändrade medicinska inriktningsbeslut och eventuellt andra åtgärder som att stötta upp med handräckningspersonal med en annorlunda kompetens eller lägre kompetensnivå. Som framgick av Socialstyrelsens rapport behöver tillförandet av personal

⁶⁸ Socialstyrelsen (2018): *Kompetensförsörjning och patientsäkerhet Kompetensförsörjning och patientsäkerhet – Hur brister i bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten*, (ISBN 978-91-7555-447-1), s. 8.

med lägre kompetens inte innebära en risk så länge kompetens finns i teamet. Åtgärden bör, om den används, utformas på ett sätt som möjliggör så liten risk som möjligt för vårdskada.

I vardagen kan de patienter som inneliggande på en vårdavdelning ha många olika bakomliggande sjukdomar som ställer olika krav på övervakning och behandling. Vissa situationer kan dock innebära att många patienter lider av samma åkomma och i stort ska ha samma behandling även om det naturligtvis finns ett visst mått av individuell variation. Det kan antas att det i den senare situationen kan vara möjligt att övervaka och behandla fler patienter som liknar varandra med mindre personal än vad som krävs om alla patienterna har olika sjukdomar och behandling. Detta underlättas också om man använder andra typer av lokaler där det finns större möjlighet att överblicka flera patienter samtidigt.

En faktor som är viktig att beakta i samband med en minskning av personaltätheten är händelsens utsträckning i tid. I en situation med ett stort initialt skadeutfall som innebär en ökad belastning på olika delar av vården under kortare tidsperioder, initialt på IVA och operation och senare på vårdavdelning, kan kanske med bästa medicinska resultat och bibehållen arbetsmiljö lösas genom att extra personal kallas in och uttag av övertid. Vid en mer utsträckt belastning som under en pandemi med krävande intensivvård eller vid upprepade stridshandlingar och omfattande skadeutfall kan däremot minskad personaltäthet vara det enda sättet att under lång tid bibehålla arbetsmiljön och personalens ork. Även om det lätt kan tänkas att det är tungt att ha ansvar för fler patienter än vanligt kan det vara tyngre att ha en fullgod bemanning där alla måste arbeta jämt. Dessa två faktum måste vägas mot varandra. Ett beslut att minska personaltätheten beslut kan leda till lägre vårdkvalitet över lag men också till ökad överlevnad för patienter.

Utredningens bedömning

Minskad personaltäthet är ett nödvändigt verktyg för att personalen i vissa ansträngda lägen ska räcka till för den vård som måste utföras. Minskad personaltäthet går att förena med krav på patientsäker vård, men varje sådan åtgärd måste alltid noggrant vägas mot alternativa åt-

gärder. Vederbörlig hänsyn måste alltid tas till patientsäkerhetsrisker och arbetsmiljön för personalen.

8.2.8 Pensionärer, studenter och personal från andra aktörer

Bedömning: Pensionerad personal, hälso- och sjukvårdspersonal i andra anställningar än i hälso- och sjukvården samt vårdstudenter kan utgöra ett värdefullt tillskott i situationer då tillgången på personal är en gränssättande faktor. Ett effektivt utnyttjande av sådana resurserna kräver planering. Möjligheterna att använda studenter under utbildning bör analyseras av Socialstyrelsen.

Personal kan rekryteras från aktörer utanför den regionala eller kommunala hälso- och sjukvården eller bland personer som inte är en del av arbetsmarknaden. Exempelvis kan det vara möjligt att använda pensionärer, vårdstudenter i sen utbildningsfas och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som har anställningar utanför hälso- och sjukvården.

Pensionärer

Varje år pensioneras ett antal personer med en legitimation inom ett hälso- och sjukvårdsyrke.⁶⁹ Vissa väljer att fortsätta arbeta längre än den fastställda pensionsåldern och finns därför redan som en resurs i vården, men inte alla. De som inte gör det och som nyligen gått i pension är kompetent och erfaren personal som sannolikt har kvar aktuell och uppdaterad kunskap. Dessa individer kan under en period utgöra en viktig extra resurs i händelse av en fredstida kris.

Vad gäller höjd beredskap finns en åldersgräns för totalförsvarsplikt. Totalförsvarsplikt gäller för varje svensk medborgare från början av det kalenderår när han eller hon fyller sexton år till slutet av det kalenderår när han eller hon fyller sjuttio år.⁷⁰ Om det anses rimligt och sjukvårdspersonal bibehållit sin kompetens och förmåga att

⁶⁹ Av Socialstyrelsens statistik över antalet utfärdade legitimationer framgår att det år 2020 fanns cirka 22 000 läkare och 68 000 sjuksköterskor som var över 65 år. Av statistik från läkarförbundet från år 2015 var det bland deras medlemmar cirka 3–500 yrkesverksamma läkare per årskohort i åldern 65–70 år. Läkarförbundet organiserar drygt hälften av de yrkesverksamma läkarna.

⁷⁰ 1 kap. 2 § lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt.

fortsätta arbeta bör dock denna gräns inte ses som ett hinder vad gäller tjänstgöring på frivillig basis.

Efter en längre tids pension och frånvaro från att praktisera yrket kan vårdutvecklingen ha gått framåt så mycket att den enskildes kunskaper blivit föråldrade eller att arbetsuppgifterna blivit för krävande för individen. Detta behöver dock inte innebära att personen inte kan utföra någon uppgift i vården, även om det innebär begränsningar i att utföra vissa specialiserade moment. Den allmänna vårdkunskapen innebär många gånger att det är möjligt att vara behjälplig med enklare sysslor och bistå den ordinarie personalen. Detta är ett betydligt bättre alternativ än att använda helt oerfaren och utbildad personal. Regionerna skulle t.ex. på rutinbas tillfråga personal som går i pension om de vill kvarstå i beredskap under de närmaste 5–10 åren. En sådan ordning skulle kunna utvecklas som ett koncept med tjänstgöring, fortbildning och ett grundläggande kontrakt. Ett nyligen aktuellt exempel är när pensionerade sjuksköterskor använts i stor omfattning vid vaccinationer i samband med utbrottet av covid-19.

Studenter

Även studenter under utbildning till ett vårdyrke som är i sen utbildningsfas kan vara ett värdefullt tillskott för att utföra vissa arbetsuppgifter i händelse av fredstida kriser eller höjd beredskap. Till skillnad från pensionärerna så är dessa personer inte färdigutbildade och saknar många gånger den breda och långa erfarenhet som den föregående personalgruppen har. Därmed kan de inte utföra lika många olika uppgifter. Däremot har de yngre studenterna för vissa arbetsuppgifter sannolikt en högre fysisk styrka och uthållighet som krävs när det t.ex. gäller att lyfta patienter eller jobba långa skift. Socialstyrelsen konstaterade i sin rapport *Kompetensförsörjning och Patientsäkerhet* att brister i kompetens har en påverkan på patientsäkerheten men att det då främst handlar om brist på erfarenhet snarare än formell utbildning som utgör en risk.⁷¹ Detta konstaterande talar för att det finns större potential i att få stöd med kvalificerade uppgifter genom pensionärer än genom studenter.

⁷¹ Socialstyrelsen (2018): *Kompetensförsörjning och patientsäkerhet* *Kompetensförsörjning och patientsäkerhet – Hur brister i bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten*, (ISBN 978-91-7555-447-1), s. 8.

Tidigare har regionerna haft möjlighet att genom ett generellt bemyndigande via en nämnd förordna läkare så att de kan tjänstgöra även om de är icke legitimerade.⁷² Bemyndigandet omfattade även vikariatsförordnande före påbörjad allmäntjänstgöring. Det är genom detta förordnande som läkarstudenter t.ex. kunnat vikariera som underläkare efter termin nio. Genom införandet av den nya, totalt sett något kortare, läkarutbildningen med bastjänstgöring försvinner den möjligheten och läkarstudenter kan inte längre vikariera innan de tagit examen.

Konsekvenserna av ovanstående förändring beskrivs i den bakomliggande propositionen Bastjänstgöring för läkare. Flera regioner och organisationer uttryckte i sina remissvar en oro för vilka effekter detta får för hälso- och sjukvården.⁷³ Regeringen delade bedömningen att det är viktigt för framtida läkare att verka inom hälso- och sjukvården under den långa utbildningstiden för att utvecklas i sin yrkesroll. Regeringen instämde även i att den här gruppen är en stor tillgång för hälso- och sjukvårdshuvudmännen i fråga om bemanning av verksamheterna under t.ex. semestertider. Regeringen bedömde att det även fortsättningsvis ska vara på det sätt att framtida läkare har möjlighet att arbeta och utvecklas inom hälso- och sjukvården.⁷⁴ Mot bakgrund av det som förts fram bedömde regeringen att Socialstyrelsen borde få i uppdrag att genomföra en översyn av föreskriften om särskilt förordnande att utöva läkaryrket för icke legitimerade läkare. Utredningen delar uppfattningen att det är viktigt att en översyn kommer till stånd och att Socialstyrelsen i det arbetet inte bara beaktar behovet under semestertider utan även de särskilda behov som kan finnas vid fredstida kriser och i höjd beredskap.

Även om det för läkarstudenter kan finnas vissa möjligheter att tjänstgöra som läkare innan examen finns flera andra yrkesgrupper t.ex. sjuksköterskor där denna möjlighet inte är lika tydlig. Även dessa studenter kan vara aktuella att se över hur de kan användas i händelse av en krissituation. Även om det finns gränser för vilka uppgifter som de formellt kan utföra på egen hand bör en analys göras av i vilken grad studenter kan bistå den legitimerade vårdpersonalen i olika arbetsuppgifter. Det bör inte råda något tvivel om att personer under utbildning till ett vårdyrke är ett bättre val än andra icke-legitimerade personer när det gäller att bistå sjukvårdspersonalen.

⁷² Bastjänstgöring för läkare (prop. 2017/18:274), s. 59.

⁷³ A.a.

⁷⁴ A.a.

Legitimerad personal anställd hos privata aktörer

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal finns också anställd i olika privata verksamheter som inte utför offentligfinansierad vård. Exempelvis arbetar många dietister, fysioterapeuter, läkare, och sjuksköterskor i de bolag som tillverkar och marknadsför sjukvårdsprodukter.⁷⁵ Det finns även legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal anställd i olika privata företag som bedriver hälso- och sjukvård eller utför t.ex. estetisk kirurgi som, om de inte redan är involverade i verksamheterna, kan stötta vården i händelse av fredstida kriser eller höjd beredskap. Vårdpersonal hos privata arbetsgivare och som utför offentligfinansierad vård avhandlas i avsnitt 8.2.2.

Möjligheterna att rekrytera från andra aktörer är dock trots allt begränsade eftersom merparten av hälso- och sjukvårdspersonalen redan arbetar i sjukvården, t.ex. arbetar redan över 85 procent av de utbildade sjuksköterskorna inom vård och omsorg. Andelen minskar något från 88 procent år 1985 till 85 procent år 2016.⁷⁶ Endast drygt 15 procent av de utbildade sjuksköterskorna finns alltså utanför vård och omsorg. År 2016 arbetade drygt en procent av sjuksköterskorna i bemanningsföretag, fyra procent i offentlig förvaltning, fyra procent med utbildning och sex procent i övriga branscher.⁷⁷

Privata verksamheter inkluderar även privata utförare av hälso- och sjukvård. Privata vårdgivare som har avtal med en kommun eller en region kan, genom att de utför offentligfinansierad vård, redan vara engagerade i en pågående kris på ett sätt som gör att de inte kan tillföra några ytterligare resurser. Däremot kan t.ex. privata utförare av sådan vård som kan eller måste anstå samt företagshälsovård beroende på situationen bidra. Det ska dock noteras att privata vårdgivares delaktighet i en fredstida kris eller då det uppstår ett plötsligt behov av att ta hand om många skadade eller sjuka beror på hur de olika avtalen ser ut. Här finns vad utredningen erfar en del utvecklingsbehov (se vidare avsnitt 6.4)

Under våren år 2020 tog branschorganisationerna på life science-området tillsammans med SKR fram en gemensam vägledning avseende nyttiggörande av kompetens från life science-industrin i regio-

⁷⁵ Med sjukvårdsprodukt avses läkemedel, medicintekniska produkter, livsmedel för speciella medicinska ändamål och personlig skyddsutrustning.

⁷⁶ Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (2018): *Bristyrken i offentlig verksamhet – var arbetar de utbildade* (2018:19), s. 15–16.

⁷⁷ A.a., s. 16.

nernas hälso- och sjukvård med anledning av den pågående pandemin.⁷⁸ Vägledningen anger exempelvis att personal från life science-industrin kan beviljas tjänstledighet och anställas tillfälligt hos en region. Personal kan också lånas in till regionen med kvarstående anställning hos ordinarie arbetsgivare. Arbetstagaren behåller då de villkor avseende lön och pension som gäller för ordinarie tjänst. Vägledningen tar också upp en del andra praktiska frågor kopplat till alternativ tjänstgöring. Vägledningen är ett exempel på hur man konstruktivt kan arbeta för att gemensamt försöka lösa de utmaningar som finns avseende personaltillgång i händelse av fredstida kriser. Denna typ av överenskommelser är sannolikt viktiga för att hitta lösningar som tar hänsyn till de ekonomiska effekterna avseende t.ex. lön och pension som uppstår för en enskilde. För att vara ett kraftfullt verktyg finns betydande fördelar om sådana överenskommelser finns framtagna i förväg.

Legitimerad personal anställd i annan offentlig verksamhet än kommunal och regional hälso- och sjukvård

På samma sätt som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är anställd i flera privata verksamheter förekommer det att hälso- och sjukvårdspersonal är anställd i olika befattningar även i annan offentlig verksamhet. För sjuksköterskor handlar det om cirka fyra procent.⁷⁹ Detta gäller i synnerhet hos myndigheterna på hälso- och sjukvårdsområdet. Ett fåtal är fast anställda i t.ex. Försvarsmakten.⁸⁰

Även myndigheternas personal kan utgöra ett viktigt resurstillskott för vården beroende på kompetens och behov. Nyttjandet av sådan personal måste också vägas mot eventuella uppgifter som myndigheterna måste kunna fortsätta att upprätthålla. Även på myndighetsområdet bör det för att nå maximal effekt kunna vidtas vissa förberedelser och föras diskussioner med SKR kring överenskommelser på samma sätt som skett med de privata branschorganisationerna (se även vidare förslag om beredskapskontrakt i 8.3.2).

⁷⁸ www.lif.se/contentassets/70738b13407f4a229fa97175cbf3e149/overenskommelsevagledning-skr-life-science-branschorganisationer_200405.pdf, besökt 2021-04-29.

⁷⁹ Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (2018): *Bristyrken i offentlig verksamhet – var arbetar de utbildade* (2018:19), s. 15–16.

⁸⁰ Huvuddelen av Försvarsmaktens hälso- och sjukvårdspersonal är s.k. tidvis tjänstgörande personal och har sin grundanställning i någon annan verksamhet än Försvarsmakten.

Behov av reaktivering och kompetensutveckling

Både vad gäller pensionärer, vårdstudenter och anställda i andra organisationer kan det finnas behov av att genomföra viss reaktivering eller kompetensutveckling för att de ska kunna bidra på bästa sätt. Sådana aktiviteter genomförs naturligtvis bäst i förväg, innan en kris inträffar. Detta intygas även av flera aktörer som en erfarenhet från att utbilda personal i samband med utbrottet av covid-19. Vilka möjligheter som finns till att kompetensutveckla personalgrupperna ovan i förväg beror på vilken grad av planering som genomförts och vilken möjlighet personerna har att delta.

Utredningens bedömning

Pensionerad personal, hälso- och sjukvårdspersonal i andra anställningar än offentlig hälso- och sjukvård samt studenter kan utgöra ett värdefullt tillskott i situationer då tillgången på personal är en gränssättande faktor. Ett effektivt utnyttjande av sådana resurserna kräver planering. Möjligheterna att använda studenter under utbildning bör analyseras av Socialstyrelsen. En sådan analys bör dels innefatta en översyn av föreskriften om särskilt förordnande att utöva läkaryrket för icke legitimerade läkare, dels en analys av möjligheterna att använda sjuksköterskestudenter inom vården i händelse av en krissituation.

8.2.9 Personal från bemanningsföretag

Bedömning: Kommuner och regioner bör i så stor grad som möjligt eftersträva att klara sin grundbemanning på egen hand. Därutöver bör kommuner och regioner söka överenskommelser med bemanningsföretagen om hur hanteringen av inhyrd personal ska hanteras vid kriser t.ex. genom breda branschöverenskommelser.

En annan källa till personal, som används i kommuner och regioner i vardagen är bemanningsföretag. Dessa är naturligtvis även en teoretisk lösning på personalbristen i situationer med många samtidigt skadade eller andra utdragna situationer med stor belastning på vården, men jämfört med att själva anställa personalen är detta en förhållandevis dyr lösning.

Det finns stora utmaningar med bemanningsföretag i vården och dessa är inte unika för hanteringen av situationer med många samtidigt skadade eller sjuka, eller andra utdragna situationer med stor belastning på vården. Detta är något huvudmännen brottas med i vardagen.

SKR har tillsammans med regionerna arbetat med att minska beroendet till inhyrd personal i vardagen och följer löpande upp kostnaderna.⁸¹ Utredningen om styrning för en mer jämlik vård lämnar också ett antal bedömningar och förslag kopplat till användningen av inhyrd personal.⁸² Bl.a. föreslås en effektivare upphandling för att få en bättre fungerande marknad och stärka köparnas ställning.⁸³ Man föreslår också att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att ta fram riktlinjer för användande av inhyrd eller annan temporär personal i vård och omsorg.⁸⁴ Även staten föreslås få ett större ansvar för både kort- och långsiktig kompetensförsörjning i vården, inte minst i glesbygd.⁸⁵ Denna utredning delar utredningen om styrningen för en mer jämlik vårds förslag i dessa delar.

Det är tydligt att det finns en koppling mellan användningen av inhyrd personal i vardagen och vilka möjligheter som finns att använda inhyrd personal från bemanningspersonal i händelse av situationer med många samtidigt skadade eller sjuka eller andra utdragna situationer med stor belastning på vården. Om huvudmännen skapar en mer stabil egen kompetensförsörjning för vardagsbehoven minskar sannolikt marknaden för bemanningsföretagen. Då kommer naturligt också deras roll och möjlighet att hyra ut personal i andra situationer att minska. Däremot, om det finns en välfungerande marknad och personal att tillgå, är det naturligtvis ett instrument som ska användas även i händelse av ovan nämnda situationer.

Att bygga verksamheten på att kontinuerligt vara beroende av inhyrd personal verkar dock vara kontraproduktivt och åtgärder som syftar till att huvudmännen har en bra egen grundbemanning bör prioriteras. Detta betonas även av utredningen om styrningen för en mer jämlik vård. De av den nämnda utredningen föreslagna uppdraget till Socialstyrelsen att se över riktlinjer för att använda tillfälligt

⁸¹ https://skr.se/skr/arbetsgivarekollektivavtal/personalochkompetensforsorjning/halsoochs_jukvard/bemanningtrendinhyrdpersonal.11422.html, besökt 2021-11-04.

⁸² Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet (SOU 2019:42), s. 506 ff.

⁸³ A.a., s. 506.

⁸⁴ A.a., s. 510.

⁸⁵ A.a., s. 511.

anställd personal bör också beakta behoven vid situationer med många samtidigt skadade eller andra utdragna situationer med stor belastning på vården. Vad gäller planeringen av personal för kommuners och regioners krigsorganisation bör andra metoder användas i första hand.

Användningen av inhyrd personal riskerar också att störa de egna möjligheterna att behålla och rekrytera personal. Det kan innebära att den egna personalen slutar och istället tar anställning i ett bemanningsföretag och återkommer för att lösa samma uppgifter men till en högre kostnad. Risken för detta är särskilt stor om det föreligger stora inkomstskillnader mellan ordinarie och inhyrd personal eller om det föreligger stora skillnader i övriga villkor som möjlighet till ledighet och semester. Exempelvis har det omfattande vårdbehovet och det utdragna förlopp som utbrottet av covid-19 utgjort inom vissa delar av vården inneburit stora påfrestningar på personalen. Sådan påfrestning, när den sker över längre tid och möjligheterna till att styra sin tid och få ledigt minskar, är faktorer som riskerar att påverka att personalen väljer en annan anställning. Vissa kan då välja att gå till ett bemanningsföretag. Under kortare perioder med en hög belastning på hälso- och sjukvården torde dock uppsägningstiden göra att rörligheten på arbetsmarknaden inte utgör ett stort problem.

Ett alternativ som kan övervägas är att i större grad än i dag ingå överenskommelser med de bemanningsföretag som finns på marknaden om hur resurserna ska användas vid krissituationer. Detta skapar en proaktivitet i stället för reaktivitet i hur dessa situationer ska kunna hanteras.

Utredningens bedömning

Kommuner och regioner bör i så stor grad som möjligt eftersträva att klara sin grundbemanning på egen hand. Därutöver bör kommuner och regioner söka överenskommelser med bemanningsföretagen om hur hanteringen av inhyrd personal ska hanteras vid kriser t.ex. genom breda branschöverenskommelser.

8.2.10 Internationellt samarbete

Bedömning: Det finns starka skäl att genomföra mer ingående analyser av de många olika frågor som rör hälso- och sjukvård vid Sveriges internationella samarbeten. De problem som uppstår i förhållande till regelverken på hälso- och sjukvårdsområdet när utländsk personal eller utländska hälso- och sjukvårdsresurser ska verka i Sverige är i många avseenden desamma i vardag, kris och krig. De behöver därför hanteras i ett sammanhang. Komplexiteten och omfattningen av ett sådant arbete bedöms kräva en separat utredning.

Precis som omfördelning av personalresurser kan göras inom eller mellan olika aktörer i Sverige, finns det ibland möjligheter till internationellt stöd med personal. EU, FN och Nato har samarbeten och mekanismer för att samordna stöd mellan länder i samband med kriser. Dessutom finns ett antal bi- och multilaterala samarbeten med Sveriges grannländer inom krisberedskapsområdet. Dessa mekanismer och samarbeten tar inte enkom sikte på personalfrågor utan behandlar ofta stödfrågan ur ett bredare resursperspektiv. Internationella stödresurser i ett bredare perspektiv och de strukturer som finns för dessa har behandlats mer utförligt i avsnitt 7.5. Internationellt stöd kan även omfatta evakuering av skadade till andra länder men sådant stöd är inte heller föremålet för denna text. I detta avsnitt fokuseras på personalfrågor.

Andra länders möjligheter att stödja Sverige med personal är precis som när det gäller stöd mellan aktörer inom Sverige avhängigt av om det finns resurser att avvara. Sannolikheten för att Sverige ska kunna påräkna stöd med sjukvårdspersonal från andra länder i en situation då dessa själva är hårt belastade på grund av en pågående kris bedöms vara liten. Detta kan t.ex. gälla situationer med en pandemi, vid omfattande naturkatastrofer eller vid en säkerhetspolitisk kris eller krig, som oftast drabbar många länder samtidigt. Möjligheten för Sverige att få stöd med sjukvårdspersonal från andra länder är därmed som störst i händelse av att Sverige ensamt eller tillsammans med ett mindre antal länder drabbas av en katastrof som vi med svårighet kan hantera själva. Det kan också tänkas att Sverige skulle kunna få stöd enligt de prioriteringsprinciper som gäller för tilldelning av resurser om vi drabbas mycket hårdare än andra länder.

Även om det resursmässigt skulle finnas möjlighet att stödja Sverige med sjukvårdspersonal från andra länder så finns det ett antal frågor kring personalens behörighet att arbeta i Sverige som behöver klaras ut. Det är också viktigt att det är tydligt hur behovet av sjukvårdspersonal från andra länder fångas upp och vem som har ansvaret för att begära sådant stöd.

Behörighet för civil utländsk sjukvårdspersonal att verka i Sverige

För att utländsk sjukvårdspersonal ska kunna arbeta i Sverige behöver det vara förenligt med svensk lagstiftning. Nuvarande rättsliga reglering gör här ingen skillnad på kraven i vardag, kris och krig.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag tagit fram ett förslag till regelverk gällande behörighet för utländsk hälso- och sjukvårdspersonal att verka i Sverige vid kriser.^{86,87} Förslaget innebär ändringar i patientsäkerhetslagen och patientsäkerhetsförordningen med innebörden att behörighet att utöva ett reglerat yrke inom hälso- och sjukvården vid en krissituation efter ansökan får ges till den som innehar en gällande legitimation eller annars har laglig rätt att utöva yrket i fråga i sitt behörighetsland. Sådan behörighet förutsätter enligt förslaget kunskaper i svenska, engelska, danska eller norska språket. Det land som sänder personal till Sverige intygar, skriftligt eller muntligt, att den enskilde har laglig rätt att utöva yrket, vilket godtas av Socialstyrelsen utan vidare utredning. Yrkesutövaren ska även ha för yrket nödvändiga språkkunskaper vilket intygas av det sändande landet.⁸⁸

Därutöver föreslås att en tidsbegränsad legitimation kan ges på förhand *inför en kris* till den som är registrerad i en modul i frivilligpoolen inom EU:s civilskyddsmekanism (se avsnitt 7.5.3) och till den som har en motsvarande legitimation i ett annat nordiskt land.⁸⁹ Yrkesutövare inom hälso- och sjukvården som tillhör sjukvårdsstyrkan är inte bara behöriga och godkända för yrkesutövning i sina behörighetsländer utan de går även igenom en certifieringsprocess inom civilskyddsmekanismen och ska uppfylla kraven i WHO:s standard för internationella utplaceringar. Dessa yrkesutövare är utbildade för

⁸⁶ Regleringsbrev för budgetåret 2019 avseende Socialstyrelsen (S2019/02785/FS), punkt 3.18.

⁸⁷ Socialstyrelsen (2020): *Att arbeta i Sverige vid kris – Förslag till regelverk gällande behörighet för utländsk hälso- och sjukvårdspersonal att verka i Sverige vid kriser.*

⁸⁸ A.a. s. 17.

⁸⁹ A.a., s 49.

att verka i krissituationer och de åker tillbaka till hemländerna när deras insatser inte längre behövs.

Den som hör till den europeiska sjukvårdsstyrkan i civilskydds-poolen inom EU:s civilskyddsmekanism ska enligt Socialstyrelsen anses vara behörig att verka i Sverige redan innan en kris inträffar. Socialstyrelsen föreslår att den tillfälliga behörigheten ges genom en tidsbegränsad legitimation. När yrkesutövare som tillhör sjukvårdsstyrkan är på väg till Sverige, till följd av en begäran från MSB, kan myndigheten utfärda tillfälliga legitimationer eftersom det då finns kännedom om vilka yrkesutövare som är på väg till Sverige⁹⁰

Socialstyrelsen anser vidare att det går att utgå ifrån att personal som innehar en gällande legitimation i ett annat nordiskt land kan anses vara behörig även i Sverige om det uppstår ett behov av utländsk hälso- och sjukvårdspersonal inför en kris. Yrkesutövarna kan ges en tidsbegränsad legitimation i en sådan situation. Dessa yrkesutövare bör undantas från språkkravet eftersom det kan presumeras att de behärskar engelska eller ett annat nordiskt språk. Socialstyrelsen bedömer däremot att det inte är en lämplig ordning att dessa yrkesutövare alltid ska anses vara behöriga att verka i Sverige även utan att en kris bedöms vara nära föreliggande. I en sådan situation ska i stället de sedvanliga behörighetsreglerna tillämpas.⁹¹

Ovanstående förslag till lösningar innebär, om de genomförs, att det finns vissa möjligheter att nyttja utländsk personal på svenskt territorium. Det kvarstår dock ett antal obesvarade frågor.

Inför en kris

Av ovanstående kan man konstatera att det finns vissa situationer när Socialstyrelsen beskriver att en tillfällig legitimation kan utfärdas *inför* en kris. Utredningen anser att det är svårt att förstå hur Socialstyrelsen tänker att detta ska fungera i praktiken. Det framstår som en ovanlig situation att ett land skulle begära stöd av andra länder inför händelser som man många gånger inte vet kommer inträffa. Mer troligt är att en kris först inträffar och att stöd därefter begärs från en annan nation eller EU. Vad gäller resurser i civilskydds-poolen är det möjligt att de personer som är knutna till dessa är kända och att

⁹⁰ A.a. s. 49.

⁹¹ A.a., s. 50.

det därmed går relativt snabbt att utfärda legitimationer, det torde dock fortfarande inte handla om att utfärda legitimationer *inför* en kris utan först när en kris inträffat. Det kan också finnas skäl att ytterligare överväga om det är tillfällig legitimation eller särskilt förordnande som sådan personal bör tilldelas.

Sjukvårdsenheter

Socialstyrelsens rapport utgår ifrån att den personal som ska stödja svensk hälso- och sjukvård anställs eller på annat sätt arbetar för en svensk vårdgivare. I de fall personalen från ett annat land är en del av en större enhet, t.ex. ett sjukhus tillhörande Röda Korset eller en laboratorieresurs saknas helt en analys av hur personalen och enheten ska förhålla sig till svensk lagstiftning. Detsamma gäller när det handlar om utländska militära resurser, se vidare nedan. I fallet då en hel sjukvårdsenhet kommer till Sverige är det oklart om den stödjande enheten som helhet ska betraktas som en vårdgivare eller om personalen ska knytas till en befintlig svensk vårdgivare. Även frågan om vem som är huvudman för sådan vård behöver övervägas. Om den tillkommande resursen ska anses tillhöra en svensk vårdgivare när den bedriver vård i Sverige finns ett antal följdfrågor kring vad som gäller när det kommer till kraven på kvalitetsledningssystem m.m.

En stödjande sjukvårdsenhet har med stor sannolikhet ett inövat och känt system baserat på sitt eget hemlands regler. En tvingande övergång till att följa svenska regler kan därmed vara en stor barriär som inte leder till de kvalitetsvinster det syftar till, utan i stället öppnar upp för nya risker.

Problem kring sjukvårdsresurser som rör sig över gränserna dagligdags

Frågan om utländsk personals möjligheter att verka i Sverige i samband med fredstida kriser anknyter till en annan ständigt aktuell fråga nämligen hur utländska prehospitala sjukvårdsresurser, ofta ambulanser, kan verka i Sverige vid t.ex. vardagliga olyckor eller i samband med räddningstjänst.

Socialstyrelsen har haft ett regeringsuppdrag att tillsammans med Transportstyrelsen och Läke-medelsverket identifiera och beskriva

juridiska hinder i den gränsöverskridande ambulanssjukvården.⁹² Uppdraget redovisades i december 2021 och innehåller förslag till författningsändringar för att hantera gränsöverskridande ambulanssjukvård i vardagen.⁹³ Utredningen kan konstatera att det finns en problematik i att analysera de olika rättsliga frågorna separat och skapa särlösningar för enskilda problem samt att inte ta hänsyn till hela det medicinska området vid olika former av stöd från andra länder. Detta kan leda till oklarheter om vad som gäller då t.ex. en norsk ambulans och dess personal verkar i Sverige i vardag, i kris och om den ingår som en del i ett militärt förband.

Utländsk militär sjukvårdspersonal på svenskt territorium

Internationellt samarbete är en viktig del i den svenska säkerhetspolitiken. Av bl.a. totalförsvarspropositionen framgår att Sverige ska kunna ge och ta emot militärt stöd och att Sverige så långt som möjligt bör utveckla en gemensam operationsplanläggning med Finland samt samordna operationsplanering med Danmark, Norge, Storbritannien, USA och Nato.⁹⁴ Det innebär att vi måste räkna med att utländska militära förband kan komma att verka i Sverige. Sådana förband kan också innehålla sjukvårdsenheter.

Mest sannolikt kommer militära stödsatser i Sverige att utföras av utländska förband från ett EU-land eller ett Nato-land. För närvarande är det dock endast utländskt stöd från Finland som har reglerats.⁹⁵ Det förekommer dock utbildning och övningsverksamhet även med andra länder och även om det saknas en lag om operativt militärt samarbete så finns det uttryckliga intentioner genom t.ex. avtalet om värdlandsstöd.⁹⁶

I 8 kap. 4 § HSL anges att om någon som vistas inom regionen utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- och sjukvård, ska regionen erbjuda sådan vård. En regions skyldighet att erbjuda vård

⁹² Uppdrag att identifiera och beskriva juridiska hinder i den gränsöverskridande ambulanssjukvården (S2019/03010/FS [delvis]).

⁹³ Socialstyrelsen (2021), *Den gränsöverskridande ambulanssjukvården i Sverige, Förslag till regelverk som syftar till att möjliggöra en god och säker ambulanssjukvård när ambulanser från Danmark, Finland och Norge bistår en svensk region*, med bilagda rapporter från Transportstyrelsen och Läkemiddelsverket.

⁹⁴ Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30), s. 70 f.

⁹⁵ Lagen (2020:782) om operativt militärt stöd mellan Sverige och Finland samt *Operativt militärt stöd mellan Sverige och Finland* (prop. 2019/20:110).

⁹⁶ Samförståndsavtal om värdlandsstöd (prop. 2015/16:152).

omfattar även personal i utländska förband som behöver omedelbar vård. Den svenska Försvarsmakten utför också vård men har inte någon motsvarande vårdskyldighet.

Värdlandsstöd

Partnerskap för fred, förkortat PFF, är ett internationellt samarbete mellan Natomedlemmar och andra stater (partnerländer) som tillkom 1994. Sverige anslöt sig till samarbetet redan samma år. Inom samarbetet finns avtalet PFF SOFA⁹⁷ från 1995 och som reglerar statusen för ett lands styrkor när de befinner sig på en annan avtalsparts territorium.⁹⁸

Därutöver har Sverige ingått ett samförståndsavtal med Nato om värdlandsstöd. Värdlandsstöd är ett sammanfattande begrepp för det civila och/eller militära stöd som lämnas i fred, kris och krig av en nation till en annan nation eller organisation, som efter inbjudan till övningsverksamhet, transitering eller insatser, befinner sig på värdlandets territorium. Förmåga till värdlandsstöd är en grundförutsättning för att kunna ge och ta emot militärt stöd.

Avtalet med Nato om värdlandsstöd innehåller grundläggande principer och procedurer för värdlandsstöd och kan användas över hela skalan av situationer från fred, t.ex. i samband med övningar, och kriser till krig. Syftet med samförståndsavtalet är att säkerställa att Sverige som värdland kan lämna ett effektivt stöd för militär verksamhet på svenskt territorium i samband med övningar, kriser eller militära operationer i Sverige och i vårt närområde. Avtalet reglerar även juridiska och finansiella aspekter av att ge och ta emot stöd.⁹⁹

Värdlandet ska enligt avtalet tillhandahålla en utländsk styrka sjuk- och tandvård från värdlandets militära anläggningar på samma villkor som värdlandets militär får. Värdlandet ska också tillhandahålla förfaranden för medicinska kontakter mellan värdland och sändande land. Vidare åläggs värdlandet en skyldighet att förse Natobefälhavaren med kopior på engelska av vissa nationella bestämmelser som kan vara tillämpliga på verksamheten. Slutligen ska värdlandet som doku-

⁹⁷ SOFA är en förkortning av engelskans *Status of Forces Agreement*. PFF SOFA är ett avtal mellan de stater som är parter i Nordatlantiska fördraget och de andra stater som deltar i Partnerskap för fred om status för deras styrkor.

⁹⁸ Samförståndsavtal om värdlandsstöd (prop. 2015/16:152), s. 15.

⁹⁹ Samförståndsavtal om värdlandsstöd (prop. 2015/16:152), s. 14–15.

mentation för tulländamål godkänna kopior av sändande staters lastförteckningar över utrustning och förnödenheter, både för militärt och personligt bruk, som upprättats i enlighet med Nato SOFA.¹⁰⁰ Vidare anges i avtalet att de sändande länderna ansvarar för kostnaden för civil sjuk- och tandvård som värdlandet tillhandahåller samt att de är skyldiga att följa vissa av värdlandets bestämmelser, bl.a. på hälso- och sjukvårdsområdet.¹⁰¹

Regeringen gjorde en översyn av svensk lagstiftning i förhållandena till åtagandena i avtalet om värdlandsstöd och PFF SOFA och föreslog en rad författningsändringar med anledning av dessa. Avseende hälso- och sjukvård utgick regeringen då från bestämmelserna i avtalen om att sändande stats personal ska erbjudas sjuk- och tandvård under samma förhållanden som mottagarlandets personal om sådan vård inte på ett tillfredsställande sätt kan erbjudas inom styrkan. Regeringen bedömde då att utländsk personals tillgång till sjuk- och tandvård vid vistelse i Sverige tillgodoses genom gällande svensk rätt på området och att det inte fanns behov av ytterligare lagstiftning.¹⁰² Socialstyrelsen hade i beredningen av förslagen efterfrågat förtydliganden avseende t.ex. ansvaret för vem som ska förbereda eventuella önskemål från Nato att, i vissa situationer, föra in hälso- och sjukvårdsresurser på svenskt territorium och utöva sjukvård. Regeringen gjorde då bedömningen att värdlandsavtalet inte reglerar Natos eller sändande länders rätt att föra in sjukvårdsresurser eller att utöva sjukvård i Sverige. Skulle den situationen bli aktuell, förutsätter regeringen att en förfrågan därom görs i samband med inbjudan och förberedelserna till aktuell verksamhet. Den kommer därefter att prövas i behörig ordning.¹⁰³

Utländska militära sjukvårdsresurser kan behöva utföra motsvarande vårdåtgärder som svenska militära sjukvårdsresurser

På samma sätt som för det svenska försvaret¹⁰⁴ vore det, som redan framhållits i kapitel 4, inte lämpligt att utgå från att den civila hälso- och sjukvården också ska kunna svara för sjuktransporter och vård av utländsk militär personal i områden som inte är tillräckligt säkra

¹⁰⁰ A.a., s. 26.

¹⁰¹ A.a., s. 27.

¹⁰² A.a., s. 62.

¹⁰³ Samförståndsavtal om värdlandsstöd (prop. 2015/16:152), s. 64.

¹⁰⁴ Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30), s. 108 f.

för oskyddad civil vårdpersonal. Den civila sjukvården är heller inte dimensionerad för att bedriva prehospital vård i militära operationer.

Såvitt nu går att bedöma kommer den svenska Försvarsmaktens sjukvårdsresurser främst att ansvara för sådana prehospitala vårdinsatser som behövs tills dess en skadad eller sjuk kan transporteras till en plats där den civila sjukvården kan överta ansvaret för vården. Till de vårdåtgärder som troligen behöver utföras av svensk militär vårdpersonal före avtransport till civil vård hör t.ex. akuta livräddande åtgärder och stabiliserande kirurgiska ingrepp inklusive administration av vissa läkemedel. Det är sannolikt att motsvarande vårdåtgärder även kommer att behöva vidtas av vårdpersonal i utländska militära förband.

Det får antas att sjukvårdspersonal i utländska militära förband i främst kommer att ge vård till militär personal i det egna förbandet. Det kan dock inte uteslutas att de, i likhet med svensk militär vårdpersonal, kan komma att behöva ge vård även till svensk militär personal, till civila och – enligt krav i Genèvekonventionerna (tilläggsprotokoll 1) – även till bl.a. angräparnas militära personal.

Det kan inte förutsättas att all militär sjukvårdspersonal från ett EU-land eller ett Nato-land är legitimerad för ett vårddyke i sina hemländer. Det kommer sannolikt finnas utländsk sjukvårdspersonal som aldrig skulle uppfylla kraven för tillfällig svensk legitimation för ett vårddyke. Det kan inte helt uteslutas att även viss utländsk militär vårdpersonal från EU-länder inte uppfyller t.ex. krav på nödvändiga språkkunskaper för en svensk legitimation för ett vårddyke.

Socialstyrelsen har i sin ovan nämnda rapport *Att arbeta i Sverige vid kris – Förslag till regelverk gällande behörighet för utländsk hälso- och sjukvårdspersonal att verka i Sverige vid kriser*, konstaterat följande.

Vid en krissituation är det oftast knappt om tid för prövning av utbildningar, genomgången praktiktjänstgöring, språkkunskaper, god vandel och andra krav som förutsätts för att kunna få legitimation för yrke inom hälso- och sjukvården i Sverige. Nuvarande regelverk för behörighetsprövning anses inte ändamålsenligt för krissituationer. En tillfällig legitimation för utländsk hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna utfärdas inom några minuter för att yrkesutövarna ska kunna verka i Sverige vid en kris så fort som möjligt. En svensk legitimation leder till att den utländska personalen har rätt att utöva även arbetsuppgifter vars utövande förutsätter en legitimation. Ett innehav av legitimation innebär således att den utländska personalen inte hindras i yrkesutövning utan kan utföra alla relevanta arbetsuppgifter.

Beslut om insatser i Sverige av utländsk trupp kommer med största sannolikhet att behöva fattas med extra stor skyndsamhet och de utländska förband som kommer till Sverige kan omedelbart behöva lösa stridsuppgifter. Därmed kommer de även omedelbart behöva kunna utföra vård av skadade eller sjuka.

Socialstyrelsens förslag till lösning av behörighetsfrågor vid kris-situationer innebär att vissa kontrollprocedurer åsidosätts för att inte fördröjningar vid utfärdandet av en svensk legitimation ska medföra oacceptabla konsekvenser.

Den allmänna utgångspunkten i Sverige är visserligen att det är tillåtet även för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att vidta åtgärder för att förebygga, undersöka eller behandla sjukdomar och skador. Det finns relativt få bestämmelser i svensk rätt med krav som anger att endast den som har viss särskild behörighet, t.ex. en viss legitimation för ett vårdyrke, får utföra en viss vårdåtgärd. För att kirurgiska ingrepp ska kunna utföras utan att detta omedelbart ska väcka olika frågor om straffansvar krävs att ingreppen utförs på ett medicinskt riktigt vis av hälso- och sjukvårdspersonal med tillräcklig utbildning.¹⁰⁵ Ordination och förskrivning av läkemedel kan inte heller göras av andra än vårdpersonal som har rätt behörighet. Detta är endast två exempel på vårdåtgärder som vårdpersonal i utländska förband behöver utföra prehospitalt, men de räcker för att visa på att den vård som sådan vårdpersonalen behöver utföra utifrån svensk rätt är sådan vård som är förbehållen hälso- och sjukvårdspersonal, vilket innebär att bl.a. bestämmelserna i PSL och HSL måste följas.

Socialstyrelsens förslag vilar, övergripande uttryckt, på att det bedömts vara möjligt och även nödvändig för Sverige att lita på andra länders system för yrkeslegitimationer i vårdyrken. Detta är en utgångspunkt som sannolikt är helt nödvändig om sjukvårdspersonal i utländska förband ska kunna verka omedelbart då deras förband ger Sverige militärt stöd på svenskt territorium. Det måste dock beaktas vad som inledningsvis sades att det inte är en garanti att sjukvården i utländska militära förband bygger enkom på i det landet legitimerad personal. Den bygger i stället på vad det landet bedömt vara nödvändigt för att upprätthålla sådan vård som krävs i militära operationer.

¹⁰⁵ Se 24 kap. Om allmänna grunder för ansvarsfrihet, Brottsbalken, En kommentar, Publicerad digitalt 2021-06-02, JUNO, version 18.

Vårdgivaransvar

Enligt Socialstyrelsens bedömning är det för en krissituation rimligt att den region, där den utländska hälso- och sjukvårdspersonalen ska arbeta, har ansvaret som vårdgivare. Regionerna är vårdgivare redan i dagsläget och därmed ansvariga för verksamheten. På så vis har de kännedom om de lokala förhållandena.

Att regioner skulle kunna ha någon form av arbetsgivar- eller vårdgivaransvar för utländsk trupp framstår som osannolikt. Även om den av Socialstyrelsen föreslagna lösningen på vårdgivarfrågan kan vara en rimlig lösning för många andra situationer i kris, är det sannolikt inte en lämplig lösning vad gäller sjukvårdspersonal som medföljer utländsk trupp. Även med en sådan lösning skulle regionernas förutsättningar att utöva sitt vårdgivaransvar ändå vara minimala eftersom de utländska förbanden kommer att förflytta sig mellan olika platser och vara inbegripna i stridshandlingar. Det bör vidare framhållas att en region skulle kunna tänkas överlåta åt en utländsk militär styrka att utföra sådan vård som regionen ansvarar för. Den vård som sjukvårdsenheter i utländska förband behöver utföra bedöms inte innefatta något utövande av maktbefogenheter på svenskt territorium. Överlåtelser av förvaltningsuppgifter från en region till annan stat, till en mellanfolklig organisation eller till en utländsk eller internationell inrättning eller samfällighet aktualiserar ändå bestämmelserna i 10 kap. 8 § regeringsformen. En sådan överlåtelse skulle dock knappast medföra vårdgivaransvar för den överlåtande regionen.

Om inte regioner kan axla ett vårdgivaransvar för utländska militära förband är frågan om det finns någon annan aktör som kan det. När militära förband från olika stater verkar gemensamt så kan det ske på olika vis beroende på situation och behov. Gemensamt agerande kan organiseras på olika sätt.¹⁰⁶ Ett integrerat agerande där den ena staten ställer militära resurser till den andra statens förfogande förutsätter att ledningen av den underställande statens militära resurser överlämnas till den mottagande staten, på engelska s.k. *transfer of authority* förkortat *ToA*. Befogenheten att utöva ledning över en militär resurs kan överlämnas på olika nivåer och med olika befogenheter att nyttja de underställda resurserna. För det fall ett integrerat agerande är aktuellt i Sverige, skulle eventuellt en lösning där Försvarsmakten är vårdgivare för utländsk militär vårdpersonal och andra

¹⁰⁶ Operativt militärt stöd mellan Sverige och Finland (prop. 2019/20:110), s. 11

vårdresurser vara möjligt. Lednings- och lydnadsförhållanden över den *svenska militära styrkan* i förhållande till tredje part, samt graden av integration med tredje parts militära styrkor igenomförandet av en operation, ska klarläggas innan operationen genomförs och kunna redovisas inför riksdags- och regeringsbeslut om att ge eller ta emot stöd från ett annat land. På samma sätt ska lednings- och lydnadsförhållanden över den *utländska militära styrkan* i förhållande till Sverige och Forsvarsmakten samt graden av integration med Forsvarsmakten i genomförandet av operationen klarläggas innan en operation genomförs och kunna redovisas inför riksdags- och regeringsbeslut om att ge eller ta emot stöd från ett annat land.¹⁰⁷ Sådana beslut kan alltså även påverka huruvida det är rimligt att Forsvarsmakten utgör vårdgivare för sjukvårdsverksamhet i utländska militära förband.

Om inte en region eller den svenska Forsvarsmakten kan agera vårdgivare, kommer det utländska förbandet som bedriver vård att få ett vårdgivaransvar, med allt vad detta innebär såsom anmälan av verksamhet till IVO:s vårdgivarregister, skyldighet att teckna patientförsäkring, skyldighet att utföra systematiskt patientsäkerhetsarbete etc.

Parentetiskt kan nämnas att även om ett utländskt förband som vårdgivare skulle undantas från krav på patientförsäkring aktualiseras lagen (2004:1006) om skadeståndsansvar vid internationellt militärt samarbete och internationell krishantering om en utländsk fysisk eller juridisk person som saknar hemvist här, efter inbjudan av svensk myndighet, i Sverige deltar i militärt samarbete och samarbete om krishantering som Sverige bedriver med annan stat eller internationell organisation.

Det blir av olika skäl, några redovisas ovan, sannolikt en svår uppgift att t.ex. kontrollera att hälso- och sjukvårdspersonal i utländsk trupp sköter sina åligganden enligt bl.a. PSL. Det är inte givet hur frågor om återkallelse av tillfälliga legitimationer och om tillsyn ska tas om hand. Att vidta åtgärder mot personal i utländska förband som saknar legitimation kan också vara svårt.

Hälso- och sjukvården inom Forsvarsmakten och Försvarets materielverk står under tillsyn av försvarsinspektören för hälsa och miljö. Huruvida det vore lämplig och möjligt för nyss nämnda försvarsinspektör att utöva tillsyn över utländska förband är en fråga som behöver analyseras närmare.

¹⁰⁷ Doktrin för gemensamma operationer 2020 (DGO 2020), s. 139.

Det kan konstateras att det skulle kunna medföra helt oacceptabla konsekvenser om svensk rätt medför hinder mot att utländska förband kan nyttja sin egen sjukvårdspersonal eller andra medförda sjukvårdsresurser för att ge stöd till egen militär. Därtill kan det uppkomma situationer då sådan personal behöver ge vård till icke-stridande (civila) eller till motståndarsoldater.

Utredningens bedömning

För att utländsk sjukvårdspersonal ska kunna arbeta i Sverige behöver det vara förenligt med svensk lagstiftning. Nuvarande rättsliga reglering gör här ingen skillnad på kraven i vardag, kris och krig. Att viss sjukvårdspersonal ges de behörigheter som krävs för att kunna verka i Sverige vid kris eller krig är nödvändigt, men det är inte de enda frågor som måste lösas. Det är enligt utredningens bedömning också tveksamt om de förslag som Socialstyrelsen lämnat avseende behörigheter för utländsk vårdpersonal vid kriser är lämpliga då sjukvårdspersonal i utländska förband ska verka i Sverige. Det finns också anledning att ytterligare överväga om nämnda förslag är den lämpligaste lösningen i de fall en större enhet, t.ex. ett sjukhus tillhörande Röda Korset eller en laboratorieresurs, ska utföra vård i Sverige.

Utredningen kan konstatera att de problem som uppstår i förhållande till svensk lagstiftning när utländsk personal ska verka i Sverige i många avseenden är desamma oavsett vilket land personalen kommer från och oavsett om det är en civil eller militär sjukvårdsresurs som kommer hit för att stödja svenska aktörer. Svårigheten för sådana aktörer att bedriva vård i enlighet med gällande författningar på hälso- och sjukvårdsområdet är i många avseenden desamma i både kris och krig. Det talar enligt utredningen för att dessa frågor behöver ses över i ett större sammanhang för att undvika att det skapas särlösningar för vissa verksamheter eller personal från vissa länder, medan problemen kvarstår för övriga aktörer. Enligt utredningen har förutsättningarna för bl.a. utländska militära förband att bedriva vård i Sverige inte analyserats i tillräcklig grad. Sveriges säkerhetspolitiska och militära strategi bygger på internationellt samarbete. Det aktualiseras särskilt i det försvarssamarbete som etablerat med Finland. Det är enligt utredningen inte en ändamålsenlig lösning att hantera dessa frågor genom ad hoc-lösningar vid varje tillfälle det

uppstår en kris eller om Sverige i en säkerhetspolitisk kris eller i krig behöver ta emot stöd från utländska militära förband. Problemen finns redan i vardagen genom gränssamverkan mellan civil hälso- och sjukvård i de nordiska länderna och genom att Försvarsmakten deltar i internationella övningar på svenskt territorium. Det är därför angeläget att det tas fram en samlad författningsreglering som möjliggör för utländsk vårdpersonal och utländska hälso- och sjukvårdsresurser, såväl civila som militära, att verka i Sverige när de bjuds in hit av svenska myndigheter.

Det finns många olika frågor som rör förutsättningarna för utländsk militär sjukvårdspersonal att verka i Sverige vid fredstida kriser och krig. Det kan för att nämna exempel sägas att det finns skäl att bl.a. analysera frågor om sådana utländska sjukvårdsenheters försörjning av bl.a. läkemedel, medicintekniska produkter blod och blodprodukter, frågor om tillåtligheten av sådana läkemedel och andra sjukvårdsprodukter som kan föras in i Sverige av utländska militära enheter. Om utländska enheter verkar i Sverige och utför vård här väcks också särskilda frågor om vårdgivaransvar, yrkesansvar för vårdpersonal, patientskador och ersättning till personer som drabbas av bl.a. vårdskador som måste analyseras. För att närmre belysa en av sådan fråga som Försvarsmakten väckt närmare, frågan om journalföring på andra språk än det svenska, görs en särskild utveckling i frågan (avsnitt 12.3).

Vad ovan anförts innebär att det bedöms kräva en omfattande arbetsinsats för att reda ut ett stort antal frågor och frågorna bör analyseras tillsammans. Utredningen kan konstatera att det är svårt och mindre lämpligt att dela upp och utreda de olika frågorna om utländska sjukvårdsförmågors rätt att verka i Sverige i mindre delar. Det handlar både om att säkerställa rätten att använda fordon, importera och använda läkemedel samt medicintekniska produkter och att personalen får verka. Hela sjukvårdssystemet behöver analyseras som en sammanhängande enhet. Dessutom måste hela hotskalan från normalläge, kris och in i höjd beredskap och krig tas i beaktande. Ett utländskt militärt förband kan t.ex. anlända redan i fred men stanna kvar till ett krig utbryter. Den sjukvårdspersonal som verkar i norska eller finska ambulanser i vardagen genom gränssamverkan kan eventuellt fortsätta göra detta även i andra delar av hotskalan. Möjligheterna för olika nationer att stödja Sverige behöver hänga ihop i en helhet.

Försvarsmakten lämnade i slutet av år 2020 in en hemställan till Försvarsdepartementet avseende behov av översyn av lagstiftning. Det är under alla förhållanden nödvändigt att samlat överväga många olika rättsliga frågor som följer av att svensk rätt inte är anpassad efter att utländska förband med sjukvårdspersonal verkar i Sverige. Till de frågor som Försvarsmakten identifierat bör den aktuella frågan om utländsk sjukvårdspersonals möjlighet att verka i Sverige tillfogas.

Utredningen kan konstatera att sjukvårdsfrågorna är mycket komplexa och kräver en djup analys. Utredningens bedömning är att det finns starka skäl att genomföra mer ingående analyser av de många olika frågor som rör hälso- och sjukvård vid Sveriges internationella samarbeten, inte minst försvarssamarbeten som innebär att utländska förband kan komma att verka i Sverige. En särskild utredning framstår som lämplig. Om en sådan utredning tillsätts är det viktigt att noga avgränsa uppdraget så att det finns förutsättningar att ta fram hållbara förslag till lösningar. Denna utredning har med hänsyn till de andra frågor som utredningen också ska hantera inte möjlighet att avsätta resurser och tid som krävs för att utföra ett sådant omfattande arbete, även om det bedöms som viktigt. Socialstyrelsen har med anledning av denna utredning redan givits många och omfattande uppdrag. Myndigheten får också genom utredningens förslag omfattande och nya uppgifter som kräver mycket av myndigheten.

Sammanfattningsvis är utredningens bedömning att det finns starka skäl att genomföra mer ingående analyser av många olika frågor som rör hälso- och sjukvård vid Sveriges internationella samarbeten. Komplexiteten och omfattningen av ett sådant arbete bedöms kräva en separat utredning.

Staten ansvarar för att begära internationellt stöd

Det behöver vara tydligt när internationellt stöd kan begäras och av vem. Under utbrottet av covid-19 under våren år 2021 inträdde en situation när vissa regioner och enstaka sjukhus ansåg att stöd skulle begäras från andra länder, inte minst för att klara sommarssemestrarna.¹⁰⁸ Av situationen kan man sluta sig till att det åtminstone för vissa regio-

¹⁰⁸ www.svt.se/nyheter/inrikes/karolinska-soker-vardepersonal-utomlands-snalla-hjalp-oss samt www.svt.se/nyheter/inrikes/orimligt-tung-situation, besökt 2021-09-06.

ner eller sjukhus var oklart hur en sådan stödbegäran ska gå till och vilka grunder för stöd som gäller.

Under våren år 2021 gjorde SKR en formell hemställan till regeringen om stöd med personal från övriga nordiska länder.¹⁰⁹ Av skrivelsen framgår att SKR erfarit att det skulle kunna finnas möjlighet till stöd med personal från våra nordiska grannländer. Stödet kan ges genom att möjliggöra för kvalificerad anesthesi- och intensivvårdspersonal från respektive land att temporärt arbeta i Sverige under sommaren år 2021 genom att öppna för rekrytering. Denna form av stöd skulle gå utöver det stöd som i en katastrofsituation kan erhållas genom det nordiska samverkansavtalet.

Regeringen ansvarar för utrikespolitiken och internationella relationer

Det är regeringen som ansvarar för utrikespolitiken och Sveriges relationer till andra länder. Av ansvarsprincipen kommer därmed att det också bör vara regeringen, eller av regeringen utsedd myndighet, som begär stöd av andra länder. Detta gäller även om det är kommuner och regioner som ansvarar för sjukvården i sin egen region.

En kommun eller region kan däremot alltid anställa personal från andra länder i enlighet med vad som kommer av gällande rätt. Sådana anställningar genomförs i vardagen och är inte att betrakta som en fråga om Sveriges internationella relationer. I händelse av att det finns personal att tillgå är det också inom EU en öppen arbetsmarknad. Detta gäller även hälso- och sjukvårdspersonal, även om man behöver beakta vissa särskilda regler avseende reglerade kompetenser.

För att Sverige/regeringen/Socialstyrelsen ska kunna begära stöd i enlighet med t.ex. det nordiska hälsoberedskapsavtalet¹¹⁰ krävs att det föreligger en kris. Pandemin kan förvisso anses vara en kris men det faktum att svensk sjukvårdspersonal behöver ha semester kan, enligt utredningen, för en nation vara svårt att anse vara ett skäl att begära att andra länders sjukvårdspersonal ska ställa in sin egen semester och bistå Sverige. För att Sverige ska kunna begära internationellt stöd anser utredningen att möjligheten till utnyttjande av nationella resurser först måste vara helt uttömda. Detta inkluderar att alla möjligheter till omställning av vård i den egna verksamheten, stöd mellan

¹⁰⁹ SKR, Skrivelse om nationell förfrågan om internationellt personalstöd till svensk intensivvård (dnr 21/00718).

¹¹⁰ Nordiskt hälsoberedskapsavtal, Svolvaer den 14 juni 2002 (SÖ 2003:55).

olika verksamheter i en region, omfördelning av personal och patienter mellan regioner och omprioritering av verksamheter är genomförd.

För att skapa en bättre samsyn kring internationella stödbegäran bedömer utredningen att Socialstyrelsen tillsammans med SKR bör ta fram en vägledning kopplat till det nordiska hälsoberedskapsavtalet för när en begäran om stöd kan göras och hur den ska gå till. En sådan vägledning bör också anknyta till den process för beviljande av tillfälliga legitimationer som Socialstyrelsen arbetat med. Detta kräver dock att regeringen går vidare med föreslagna lag- och förordningsändringar.

8.2.11 Stöd från frivilliga försvarsorganisationer och andra ideella organisationer

Bedömning: Frivilliga försvarsorganisationer bidrar till folkförankringen av totalförsvaret och är ett av flera verktyg för att förstärka bemanningen i hälso- och sjukvården i framför allt höjd beredskap. Regionerna bör i samband med planering inför höjd beredskap noga överväga möjligheten att använda avtalspersonal för att förstärka hälso- och sjukvården med i första hand personal som inte utgör hälso- och sjukvårdspersonal.

Kommuner och regioner kan överväga att inför samhällsstörningar eller fredstida kriser teckna särskilda avtal med sådan personal som identifieras för totalförsvaret i syfte att uppnå synergier.

Sverige har en lång tradition av frivilligt engagemang i olika sammanhang t.ex. inom idrottsrörelsen, genom stöd till samhället vid skogsbränder och eftersök av försvunna personer. Även under den senaste pandemin har frivilliga bidragit på olika sätt till hälso- och sjukvårdens verksamhet genom allt från att tillverka skyddsförkläden till att bidra med mat till sjukvårdspersonalen. Vi har i Sverige också en lång tradition av frivilligt stöd till totalförsvaret inför höjd beredskap och krig. Det finns en stor vilja att hjälpa till och denna vilja är värdefull och ska naturligtvis tas till vara. Regeringen lyfter i totalförsvarspropositionen för åren 2020–2025 fram de frivilligas insats som en viktig del i totalförsvaret. Det är en viktig del av folkförankringen. Som framgått av tidigare avsnitt i detta kapitel finns ett stort behov av, att vid händelser som innebär stora utmaningar för hälso- och sjukvården

att upprätthålla verksamheten, säkerställa tillgången på tillräckligt med personal med rätt kompetens för att kunna bedriva god vård. Detta gäller både vid utmaningar i normalläge och höjd beredskap. Som framgått ovan är hälso- och sjukvård också förknippat med många olika krav på personalens kompetens. För att förstå vilken betydelse frivilliga som är anslutna till en frivillig försvarsorganisation eller andra ideella organisationer kan ha för hälso- och sjukvårdens personalförstärkning behöver först grunden för de frivilliga försvarsorganisationerna och avtalspersonalens tjänstgöring beskrivas. Därefter är det viktigt att förstå vad de kan bidra med i hälso- och sjukvården.

Frivilliga försvarsorganisationer

Det frivilliga stödet till totalförsvaret (bortsett från krigsfrivilliga vilket regleras i särskild ordning¹¹¹) regleras i förordningen (1994:524) om frivillig försvarsverksamhet och *avser verksamhet som främjar totalförsvaret och som omfattar försvarsupplysning samt rekrytering och utbildning av frivilliga för uppgifter inom totalförsvaret*. En organisation som bedriver frivillig försvarsverksamhet benämns *frivillig försvarsorganisation*.¹¹² Det finns i dag 18 olika frivilliga försvarsorganisationer som täcker ett flertal kompetensområden från radiokommunikation till att stödja lantbruk.

En myndighet med uppgifter inom totalförsvaret får ingå ett skriftligt avtal med en person som tillhör en frivillig försvarsorganisation (en frivillig) om att denne skall tjänstgöra inom totalförsvaret. Personer som har ingått sådana avtal benämns *avtalspersonal*.¹¹³ Sådana avtal kan t.ex. ingås med Försvarsmakten eller med en civil myndighet.

Myndigheter med uppgifter inom totalförsvaret ska, var och en inom sitt verksamhetsområde, efter hörande av berörda frivilliga försvarsorganisationer och de samarbetsorgan som organisationerna kan ha bildat bl.a. ange mål för utbildning av frivilliga för uppgifter i totalförsvaret, ange vilken utbildning som myndigheten anser bör genomföras samt vid behov teckna avtal med frivilliga.¹¹⁴

¹¹¹ Se förordningen (FFS 1987:12) om krigsfrivilliga vid Försvarsmakten.

¹¹² 1 § förordning (1994:524) om frivillig försvarsverksamhet.

¹¹³ 2 § ovan nämnda författning.

¹¹⁴ 3 § ovan nämnda författning.

Av bestämmelserna framgår alltså tydligt att syftet med frivilliga försvarsorganisationer är att stärka olika myndigheters behov inom totalförsvaret.

De frivilliga försvarsorganisationerna har ett förordningsstyrt uppdrag som omfattar försvarsupplysning samt rekrytering och utbildning av frivilliga för uppgifter inom totalförsvaret. Givet deras särskilda roll har regeringen avsatt finansiering för såväl samhällets krisberedskap som totalförsvaret. MSB och Försvarsmakten ska, inom sina respektive verksamhetsområden, fördela och betala ut organisationsstöd samt uppdragsersättning till de frivilliga försvarsorganisationerna. Regeringen har i anslag 2:4 Krisberedskap avsatt 80,4 miljoner kronor för uppdrag till de frivilliga försvarsorganisationerna. Enligt regeringens inriktning för anslaget användande ska det gå till att höja krisberedskapen i samhället och främja totalförsvaret.¹¹⁵ Frivilliga försvarsorganisationer kan söka medel för att utbilda frivillig personal för myndigheters, regioners och kommuners behov enligt anslag 2:4 krisberedskap.

Frivilligförordningen gäller förvaltningsmyndigheter under regeringen. Möjligheten att teckna frivilligavtal enligt förordningen gäller därför endast förvaltningsmyndigheter. En kommun eller region kan däremot teckna civilrättsliga avtal med medlemmar i frivilliga försvarsorganisationer om tjänstgöring med liknande innebörd som ett frivilligavtal och med detta som grund krigsplacera den frivillige. Det behöver dock närmare utredas hur sådana avtal förhåller sig till regeringen för tjänstgöring med totalförsvarsplikt. Det gäller t.ex. rätt till ledighet och skydd för anställning.

Allmän tjänsteplikt

Avtalspersonalens tjänstgöring i totalförsvaret regleras i lag (1994:1809) om totalförsvarsplikt. Av 6 kap. 2 § framgår att allmän tjänsteplikt bl.a. fullgörs genom att den som är totalförsvarspliktig tjänstgör enligt avtal om frivillig tjänstgöring inom totalförsvaret.

För att tjänstgöring ska vara aktuell ska regeringen ha föreskrivit om att allmän tjänsteplikt råder. Föreskriften kan avse viss del av landet eller viss verksamhet.¹¹⁶ Regeringen eller den myndighet reger-

¹¹⁵ Anslag 2:4 anslagspost 5 punkt 9 i regleringsbrev för budgetåret 2022 avseende Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (Ju2021/03513 m.fl.).

¹¹⁶ 6 kap. 1 § lag (1994:1809) om totalförsvarsplikt.

ingen bestämmer ska besluta om hos vilka arbetsgivare och uppdragsgivare som allmän tjänsteplikt ska fullgöras, och vilka arbetstagare och uppdragstagare som skall omfattas av allmän tjänsteplikt.¹¹⁷ Statliga myndigheter där allmän tjänsteplikt ska fullgöras enligt vad regeringen föreskrivit enligt 6 kap. 1 § lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt, beslutar om vilka arbetstagare och uppdragstagare hos myndigheten som ska omfattas av tjänsteplikten.¹¹⁸ Motsvarande bestämmelse för kommuner och regioner saknas.

Av ovanstående framgår att avtalspersonals tjänstgöring följer av den allmänna tjänsteplikten och att det är regeringen som i samband med höjd beredskap kan föreskriva om sådan tjänstgöring.

Ersättning i samband med tjänstgöring som avtalspersonal

Avtalspersonal har precis som övriga totalförsvarspliktiga rätt till viss ersättning. Dessa frågor regleras i förordningen (1994:523) om förmåner till frivilliga. Förordningen innehåller en rad olika bestämmelser om bl.a. ersättningar, premier och reseförmåner. De grundläggande bestämmelserna innebär att en frivillig under höjd beredskap erhåller *dagpenning*.¹¹⁹

När en frivillig tjänstgör under tid då det inte råder höjd beredskap, får han eller hon *dagpenning*, om tjänstgöringen avser utbildning i mer än två dagar till en krigsbefattning eller vidareutbildning i en krigsbefattning eller vidareutbildning till instruktör samt vid deltagande i ledningsövning för totalförsvaret eller i lokal totalförsvarsövning. Vid annan tjänstgöring än som avses i första stycket får den frivillige *dagersättning* om det inte är fråga om sådan verksamhet som ersätts enligt 2 a §. Vid utbildning enligt första stycket 1 som är kortare än tre dagar betalas dock dagpenning för dag för vilken den frivillige visar att han eller hon förlorar arbetsinkomst på grund av tjänstgöringen.¹²⁰

När personal med avtal för tjänstgöring i Försvarsmakten enligt förordningen (1994:524) om frivillig försvarsverksamhet tjänstgör i Försvarsmakten under tid då höjd beredskap inte råder, får han eller hon ersättning för arbete och tidsspillan om tjänstgöringen avser

¹¹⁷ 6 kap. 3 § ovan nämnda författning.

¹¹⁸ 6 kap 1 § förordningen (1995:238) om totalförsvarsplikt.

¹¹⁹ 14 § förordningen (1994:523) om förmåner till frivilliga.

¹²⁰ 2 § ovan nämnda författning.

räddningstjänst eller när han eller hon medverkar när Försvarsmakten lämnar stöd till en annan myndighet eller enskild enligt lag eller förordning eller efter beslut av regeringen. Ersättningen lämnas enligt de grunder som senast har avtalats i fråga om motsvarande ersättning till deltidsanställda brandmän.¹²¹

Dagersättning och *dagpenning* betalas med det belopp som motsvarar vad en totalförsvarspliktig får enligt förordningen (1995:239) om förmåner till totalförsvarspliktiga.¹²² Dagpenning utbetalas med 146 kronor per tjänstgöringsdag och dagersättning utgörs av 90 procent av den totalförsvarspliktiges sjukpenninggrundande inkomst enligt kapitel 25 och 26 socialförsäkringsbalken vilket i dag motsvarar maximalt cirka 1 200 kronor per dag.¹²³

Av ovanstående kan man konstatera att ersättningsbestämmelserna utgår ifrån utbildning och övning för krigsbefattning eller ersättning vid höjd beredskap. Det finns dock särskilda bestämmelser för avtalspersonal när de tjänstgör i Försvarsmakten och tjänstgöringen avser räddningstjänst eller Försvarsmaktens stöd till samhället. Motsvarande bestämmelser saknas då avtalspersonal tjänstgör vid civila myndigheter för t.ex. stöd vid fredstida kriser.

Rätt till ledighet

Rätten för avtalspersonalen att vara ledig från sitt ordinarie arbete och tjänstgöra i totalförsvaret följer av 6 kap. 2 § lagen om totalförsvarsplikt. Av 9 kap. 1 § framgår vidare att ingen arbetstagare får sägas upp eller avskedas på grund av att han eller hon fullgör sina skyldigheter enligt lagen. Avtalspersonal har också rätt till viss ersättning vid utbildning och övning, däremot finns ingen uttrycklig rätt att vara ledig för utbildning eller övning utan detta måste ske i överenskommelse med arbetsgivaren. Sådan rätt till ledighet finns dock för pliktpersonal.

¹²¹ 2a § ovan nämnda författning.

¹²² 5 § ovan nämnda författning.

¹²³ 2 kap. 1–2 §§ förordningen (1995:239) om förmåner till totalförsvarspliktiga.

Frivilliga försvarsorganisationer har enligt regeringen även en viktig roll i kris

Frivilliga försvarsorganisationer har trots den förordningsstyrda inriktningen mot totalförsvaret enligt regeringen en viktig roll även i samhällets krisberedskap. Under flera år har MSB:s uppdrag till de frivilliga försvarsorganisationerna huvudsakligen fokuserat på uppgifter för att stärka den fredstida beredskapen. Regeringen liksom försvarsberedningen anser nu att deras roll i civilt försvar behöver stärkas.¹²⁴ Regeringen har vid flertalet tillfällen uttalat att förmågan till civilt försvar ska bygga på samhällets krisberedskap och att satsningarna på krisberedskap och civilt försvar är ömsesidigt förstärkande. Vad gäller frivilliga försvarsorganisationer kan man inte säga att man bygger på krisberedskapen eftersom deras syfte enligt gällande författningar endast är att bidra till totalförsvaret. Att däremot använda totalförsvaresresurser för samhällets krisberedskap kan anses vara ömsesidigt förstärkande.

Eftersom det saknas författningsmässig reglering och stöd för frivilligorganisationernas användning i fredstida kriser och vid andra samhällsstörningar har MSB tagit fram en vägledning för arbete med frivilligorganisationer, vilken bl.a. omfattar att teckna avtal.¹²⁵ Av vägledningen framgår bl.a. att MSB rekommenderar *anställning* som samverkansform för frivilliga som hjälper till med uppgifter som hör till myndighetens ansvarsområde under en kris. I och med anställningen regleras förhållandet mellan arbetsgivare och arbetstagare t.ex. vad gäller lön, arbetsgivaransvar, försäkring och sekretessfrågor. Även myndigheter som tecknat någon form av avtal med enskilda individer innan en kris har inträffat bör vid pågående krisinsats teckna anställningsavtal.¹²⁶ Detta innebär att frivilliga, såvitt avser stöd då höjd beredskap inte råder, anställs som vilken tillfällig personal som helst utifrån de villkor som gäller på arbetsmarknaden. Vad gäller övning som sker hos, eller i regi av, den arbetsgivare om tecknat avtal saknas för fredstida kriser författningsstöd. Sådan utbildning måste också ske på frivillig grund genom anställning och genom eventuell tjänstledighet från ordinarie arbetsplats. Genom anslag 2:4 Krisberedskap kan frivilliga försvarsorganisationer få finansiering för utbild-

¹²⁴ Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30), s. 133.

¹²⁵ Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2022): *Vägledning för offentliga aktörers samverkan med frivilliga försvarsorganisationer och frivilliga i civil beredskap* (publ. nr. MSB 1910).

¹²⁶ A.a., s. 14.

ning av medlemmar för kommuners och regioners behov i totalförsvaret och krisberedskap.

Vad kan frivilliga försvarsorganisationer tillföra hälso- och sjukvården?

Som konstaterats inledningsvis i detta kapitel har hälso- och sjukvården behov av många olika personalgrupper men själva bedrivandet av sjukvård utförs av hälso- och sjukvårdspersonal.

Av de 18 frivilliga försvarsorganisationer som finns är det endast två som bedriver omfattande verksamhet med inriktning på sjukvård, Svenska Röda Korset, i det följande förkortat SRK och Svenska sjukvårdsförbundet som är en delverksamhet inom Förbundet försvarsutbildarna. Därtill ingår grundläggande kunskaper i exempelvis första hjälpen och krisstöd i utbildningar hos flera andra frivilliga försvarsorganisationer, såsom Svenska Blå Stjärnan och Sveriges Civilförsvarsförbund. Ingen av organisationerna grundutbildar legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Svenska sjukvårdsförbundet har ett omfattande uppdrag från Försvarsmakten att utbilda icke-legitimerade sjukvårdare och gruppchefer till sjukvårdsgrupper i Hemvärnet.¹²⁷

Försvarsmakten har traditionellt anställt och/eller krigsplacerat sin egen militära legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal direkt, utan stöd av frivilliga försvarsorganisationer. Sådan personal får också via Försvarsmakten kompletterande utbildning. Därtill har Försvarsmakten själva utbildat en stor mängd legitimerad och annan hälso- och sjukvårdspersonal för arbete i utlandsstyrkan. Den absoluta majoriteten av dessa personer har en grundanställning i en region eller i ett bolag som bedriver t.ex. ambulanssjukvård på uppdrag av en region. Därmed är denna personalkategori historiskt inget som frivilligrörelsen inriktat sig på. I stället har inriktningen på sjukvårdsområdet varit icke-legitimerade sjukvårdare för t.ex. hemvärnets behov. Detta betyder inte att det inte finns legitimerad personal som är engagerade i frivilligorganisationer. Man kan som legitimerad personal naturligtvis vara engagerad som sjukvårdare eller som utbildare, det är dock inte en huvudsaklig personalkategori. SRK organiserar också mycket legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i andra delar utanför frivilliguppdraget t.ex. frivilliga sjukvårdsgrupper som stöd vid stora

¹²⁷ Uppgiften löstes tidigare av Svenska Röda Korset men Försvarsutbildarna har sedan ett antal år övertagit uppgiften.

arrangemang som konserter, idrottsevenemang m.m. Dessa har normalt sin ordinarie anställning i hälso- och sjukvården och kan därmed inte utgöra någon extra personalresurs vid kris eller krig.

Annan personal än hälso- och sjukvårdspersonal

Som konstaterats i de föregående avsnitten 8.2.1–8.2.9 ställs höga krav på hälso- och sjukvårdspersonal. Det är inte självklart att det ens vid kriser eller krig med bibehållen kvalitet går att använda legitimerad personal för andra sjukvårdsuppgifter än vad de utför i vardagen. Svårigheterna för andra änsjukvårdspersonal att i vardagen utföra prehospitala sjukvårdsuppgifter framgår också av vad som beskrivs särskilt om räddningstjänsten i kapitel 11. Det är utredningens uppfattning att uppgifter för personal utan grundläggande sjukvårdsutbildning bör begränsas till mycket enkla livräddande åtgärder. Frivilliga försvarsorganisationerna har främst en roll i att i stället stödja kommuner och regioners hälso- och sjukvård indirekt genom andra personalkategorier. De frivilliga försvarsorganisationerna kan bistå inom kompetensområden av central vikt för hälso- och sjukvården, t.ex. inom samverkan och ledning, robust reservsamband och it-säkerhet, kommunikation, transport och logistik, samt förplägnad och dricksvatten. De utbildar även inom krisstöd, första hjälpen och CBRN. Svenska Röda Korset finns också redan i vardagen närvarande på många sjukhus för att hjälpa till med t.ex. ledsagning, en uppgift som de säkert kan behöva upprätthålla även vid fredstida kriser eller krig. Genom att använda de frivilliga försvarsorganisationerna där de bäst kan bidra till hälso- och sjukvårdens upprätthållande bidrar de även till folkförankringen.

Avtalspersonalens betydelse för hälso- och sjukvården i kris

Även om förordningen (1994:524) om frivillig försvarsverksamhet inte är tillämplig på krisberedskap kan det finnas kompetenser och resurser *ämnade för totalförsvaret* via de frivilliga försvarsorganisationerna som kan ha betydelse och användas i en fredstida kris. En sådan tanke är både kostnadseffektiv och stöds av att krisberedskapen och det civila försvaret ska vara ömsesidigt förstärkande. En aktör som avtalat om personal via en frivilligorganisation för totalförsvarets

behov har naturligtvis kännedom om personalens kompetens och kan bedöma om personalen också kan användas vid en fredstida kris. Avtalet som ligger till grund för totalförsvarsbehovet är dock inte tillämpligt för tjänstgöring i en fredstida kris. För sådan tjänstgöring krävs i så fall ett särskilt avtal. För sådan tjänstgöring saknas det rättsliga stöd till ledighet för tjänstgöring som finns vid höjd beredskap och då regeringen föreskrivit om allmän tjänsteplikt.

Kommuner och regioner behöver analysera sina behov av avtalspersonal

Kommuner och regioner ska planera för höjd beredskap. Av planerna ska bl.a. framgå krigsorganisationen och den personal som ska tjänstgöra i denna.¹²⁸ Ett sådant planeringsarbete ska innefatta de delar av verksamheten som ska upprätthållas. I arbetet måste de olika personalbehov som behövs för att kunna bedriva verksamheten identifieras och personal behöver säkerställas. I detta arbete är en viktig del att analysera vilket stöd som avtalspersonal kan utgöra utifrån de kompetensbehov som finns. Ett viktigt skäl till detta är att det, som framgått av de tidigare avsnitten, kommer vara brist på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal för att utföra vårduppgifter. Det är därför viktigt att klargöra vilka andra personalkategorier som kan frigöra vårdpersonal eller underlätta för vårdpersonal att utföra direkta hälso- och sjukvårdsuppgifter. Utifrån denna analys bör en framställan göras till relevanta frivilliga försvarsorganisationer.

Kommuner och regioner kan naturligtvis även i fredstid hamna i situationer där olika typer av förstärkning med personal behöver genomföras, t.ex. vid omfattande terrorattentat, större olyckor eller pandemi. I den mån kommunen eller regionen har identifierat personal som ska stödja organisationen i höjd beredskap är det naturligtvis av värde att även kunna nyttja denna personal vid sådana situationer. Det saknas dock särskilt rättsligt stöd för detta då frivilligförordningen endast reglerar de frivilliga försvarsorganisationernas roll i totalförsvaret. För sådana situationer behöver i så fall kommunen eller regionen upprätta särskilda anställningsavtal. Det ska då särskilt noteras att denna personal inte har någon rättslig grund till ledighet

¹²⁸ 4 § förordningen (2006:637) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

från sitt ordinarie arbete och inte heller något skydd av sin anställning. Sådan tjänstgöring bygger helt på frivillighet.

Som har framgått av texterna ovan ser inte utredningen att de frivilliga försvarsorganisationerna har en roll i försörjningen av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. För sådana åtgärder behövs beaktas vad som sagts i avsnitten 8.2.1–8.2.9 samt vad som framgår av 8.3.2 nedan.

Utredningens bedömning

Utifrån ovanstående kan det konstateras att även om de frivilliga försvarsorganisationerna har vissa uppdrag på sjukvårdsområdet har de i dag ingen stor roll när det gäller legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Det är också tveksamt om det är effektivt att engagera hälso- och sjukvårdspersonal som redan är anställd i hälso- och sjukvården för att bemanna hälso- och sjukvård genom frivilliga försvarsorganisationer, för detta krävs sannolikt andra verktyg. Frivilligrörelsen fyller inte heller någon större funktion i att vidareutbilda kvalificerad legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. För detta krävs andra strukturer.

Frivilligrörelsen fyller däremot en viktig funktion i att rekrytera, utbilda och förmedla personal för regionernas krigsorganisationer vad avser andra stödjande funktioner till hälso- och sjukvården. För att de frivilliga försvarsorganisationerna ska kunna göra detta krävs att kommuner och regioner genomför analyser av och framställer sina behov.

Kommuner och regioner kan anställa de individer som planeras ingå i organisationen för totalförsvaret även i andra situationer. Det kan finnas stora fördelar med detta om denna personal är utbildad och övad. Det saknas dock särskild reglering kring detta och särskilda anställningskontrakt måste tecknas. Naturligtvis kan även andra organisationer eller privata aktörer än de utpekade 18 frivilliga försvarsorganisationerna bidra med personal vid fredstida kriser. Exempel på sådana organisationer är olika trossamfund, scouterna eller PRO.

Om regeringen avser att frivilliga försvarsorganisationer ska ha en tydligare roll vid samhällsstörningar eller kriser än vad som avses i förordningen om frivilliga försvarsorganisationer bör regeringen tydligt klargöra det så att det finns en rättslig grund för sådan tjänstgöring. Inte minst frågan om ledighet från den ordinarie arbetsgiva-

ren och frågan om ersättning är då central. Nu utgår bestämmelser om frivilliga försvarsorganisationer och avtalspersonal på samma sätt som mycket annan lagstiftning på området utifrån att det finns en tydlig reglering kring höjning av beredskapen genom lagen (1992:1403) om totalförsvar och höjd beredskap.

8.3 Förslag för en bättre personalförsörjning för hälso- och sjukvården i fredstida kriser och krig

I ovanstående avsnitt har utredningen redogjort för och bedömt hur olika åtgärder kan vidtas för att öka personalresurserna inom hälso- och sjukvården i fredstida kriser och krig. Fokus har legat på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal eftersom det är denna grupp som är kärnan i vårdverksamheten och då det är denna personalgrupp som bedöms vara svårast att rekrytera eller ersätta på grund av att det är en begränsad resurs redan i vardagen. Flera av resonemangen kan dock användas även för andra personalgrupper. I det följande redovisas de konkreta förslag som utredningen anser kan stärka personalförsörjningen ytterligare.

Utredningen har också i delbetänkandet *Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning* redogjort för ett antal olika åtgärder som alljämt är relevanta inför situationen vid höjd beredskap. Det handlar om behovet av civilplikt¹²⁹, tillgång till uppgifter om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal¹³⁰ samt frivilliga försvarsorganisationers bidrag¹³¹.

¹²⁹ Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning (SOU 2020:23), s. 132 ff.

¹³⁰ A.a., s. 136 ff.

¹³¹ A.a., s. 141 ff.

8.3.1 Planera personalförsörjningen

Bedömning: Planering av tillgången på personalresurser är en av de viktigaste åtgärderna inom hälso- och sjukvården för att kunna möta utmaningarna vid händelser med plötsligt ökade vårdbehov genom många samtidigt skadade eller sjuka, fredstida kriser och i höjd beredskap. Det behövs inga särskilda krav på personalplanering utan detta utgör redan i dag en integrerad del i de krav som åligger huvudmännen vad avser planering för fredstida kriser och höjd beredskap. Planeringen måste ta sin utgångspunkt i en analys av verksamhetens behov.

Som utredningen redogjort för i avsnitt 8.2 ovan finns många olika redskap för att öka tillgången på personal. Det finns inga mirakelmetoder utan sannolikt behöver en kombination av de olika redskapen användas. Därtill finns viss skillnad i vilka regler som kan tillämpas i grundberedskap respektive höjd beredskap och hur de kan tillämpas. Som framgår av texterna ovan sker också en utveckling kopplat till personalförsörjningen för det civila försvaret vilken i nuläget inte är klar. Resultatet av detta arbete blir naturligtvis en viktig pusselbit i kommuners och regioners framtida planering.

Hur tillgången till personal ska säkerställas utgör en central del i planeringen av krisberedskap och inför höjd beredskap. För detta krävs inga särskilda förslag. Det finns redan krav på huvudmännen att planera för fredstida kriser och höjd beredskap (se vidare avsnitt 5.1). Däremot kräver sådan planering att resurser tillförs så att den tid som krävs för att genomföra planeringen är möjlig. Det innebär att personalfunktionen i en kommun eller region på ett tidigt stadium måste involveras i planarbetet.

Planeringen måste ta sin utgångspunkt i behoven

Det är viktigt att i ljuset av erfarenheterna från en även till vardags pressad vårdsektor se realistiskt på olika former av effektivitetsökningar med befintlig personal. En god grundbemanning skulle ge ett bättre utgångsläge för de påfrestningar som allvarliga samhällsstörningar medför. Beredskapsplaneringen behöver dock ske utifrån rådande förhållanden. Detta kräver att man i beredskapsplaneringen ut-

går från den befintliga bristen i grundbemanningen och införlivar den som en förutsättning i planeringen, åtminstone till dess att man hinner förändra grundförutsättningarna.

Planeringen av personalbehoven behöver, precis som utredningen föreslagit för försörjningen av sjukvårdsprodukter (se SOU 2021:19), ta sin utgångspunkt i den vård som ska bedrivas. Det är också den utgångspunkt som MSB förespråkar i sina vägledningar kring krigsorganisation och krigsplacering.¹³² Vilka uppgifter ska utföras i kris och höjd beredskap? Vilka resurser behövs för att utföra uppgiften? Vilka resurser har vi som kan allokeras och slutligen om resurserna inte finns, hur kan de tillskapas? Personalplaneringen bör då naturligt knyta an till de risk- och sårbarhetsanalyser som genomförs, de planeringsanvisningar som staten tar fram samt andra beslutsunderlag (se kapitel 4.1.8 samt 5.4).

Personalfunktionerna har en viktig roll i planeringen

Det kan också utifrån planarbetet identifieras ytterligare behov av utveckling för att de åtgärder eller redskap som beskrivs i avsnitt 8.2 ska kunna bli än mer verkningfulla. Det gäller t.ex. utvecklade krislägesavtal eller ökade investeringar i kompetensutveckling genom t.ex. breddning av personalens kompetens samt program för rotationstjänstgöring. Det kan också krävas fördjupad samverkan med andra bransch- och arbetsgivarorganisationer samt frivilliga försvarsorganisationer kring hur personal från andra organisationer kan stödja hälso- och sjukvården. Även detta talar för att kommuner och regioners personalfunktioner tydligt behöver knytas till planeringsprocessen. I den militära strukturen är personalfunktionen en viktig del av den integrerade staben. Funktionen deltar aktivt både i planering, genomförande och uppföljning av militära operationer. På samma sätt behöver personalfunktionen vara en integrerad del i planering, genomförande och uppföljning av beredskap för och hantering av fredstida kriser och höjd beredskap inom den civila hälso- och sjukvården.

Det finns sannolikt stora vinster av att kommuner och regioner använder de olika redskap som finns för att åstadkomma personalförstärkning på ett likartat sätt, inte minst eftersom en av åtgärderna

¹³² Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2019), *Rätt person på rätt plats – kommuner, samt Rätt person på rätt plats – regioner*.

är att kommuner och regioner stödjer varandra med personal. Det kan därmed finnas behov av att ta fram nationella vägledningar för hur man på ett effektivt sätt kan arbeta med personalförstärkning. Sådana vägledningar bör sannolikt tas fram gemensamt av MSB, Socialstyrelsen och SKR i samverkan med de fackliga organisationerna.

8.3.2 Beredskapskontrakt

Bedömning: Det bör tas fram särskilda beredskapskontrakt för att, i grundberedskap, kunna förstärka hälso- och sjukvården med extra personal. Kontraktsvillkoren bör tas fram av arbetsmarknadens parter utifrån allmänna utgångspunkter framtagna av Socialstyrelsen och SKR.

Möjligheterna att tillföra extra personalresurser skiljer sig mellan grundberedskap och höjd beredskap. Även om civilplikten ännu inte är aktiverad finns vissa möjligheter, t.ex. allmän tjänsteplikt, i höjd beredskap som saknas i grundberedskap. Civilplikten innebär, om den återinförs, att personal som innehar viss kompetens kan placeras för tjänstgöring i höjd beredskap hos en annan arbetsgivare än där de har sin grundanställning. För hälso- och sjukvården är detta en viktig mekanism för att öka tillgången på personal. Civilplikten är dock inte tillämplig i grundberedskap annat än för utbildning och övning.

Som beskrevs i avsnitt 8.2 finns i händelse av fredstida kriser möjligheter att hos olika vårdgivare tillfälligt anställa personal. Det finns från utbrottet av covid-19 exempel på överenskommelser mellan branschorganisationer och SKR om sådan tjänstgöring för i synnerhet legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Det finns också möjligheter att teckna avtal med personal (avtalspersonal) för totalförsvarets behov genom frivilligorganisationer och även viss möjlighet att teckna särskilda avtal med avtalspersonalen för tjänstgöring i normalläge men som konstaterats handlar detta i första hand om stödpersonal och inte den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal eller andra specialister, t.ex. medicintekniska ingenjörer, som hälso- och sjukvården behöver (se 8.2.11). Det saknas helt enkelt ett enhetligt och tydligt civilt beredskapskontrakt som skulle kunna tecknas i förväg med olika personer för att stödja hälso- och sjukvården i grundberedskap och som säkerställer i första hand tillgången på legitime-

rad hälso- och sjukvårdspersonal. I första hand torde det röra personer som har en annan anställning än i den offentligt finansierade sjukvården. En sorts fredstida lösning som frivilligt ger tillskott av personalresurser på ett motsvarande sätt som civilplikten i fall den var aktiverad skulle kunna göra för totalförsvarets behov. Ett sådan kontrakt bör enligt utredningen utformas nationellt och kunna användas av huvudmännen för att fylla upp en tänkt organisation vid situationer då hälso- och sjukvården är så hårt ansträngd att den ordinarie personalen inte räcker till.

Kontraktet behöver utformas på ett sätt så att det gäller både mellan arbetstägaren, arbetstägarens ordinarie arbetsgivare och den mottagande arbetsgivaren. Alternativt, om en arbetsgivare kan tänkas ha många arbetstagare som kan vara aktuella för alternativ tjänstgöring, kan en allmän överenskommelse tecknas med den arbetsgivare som släpper ifrån sig arbetstagare för att sedan kompletteras med enskilda överenskommelser mellan aktuell arbetstagare och mottagande arbetsgivare. Det är viktigt att kontraktet tydligt uttrycker när det träder i kraft och vid vilka situationer det kan eller ska tillämpas. Det är också viktigt att det finns tydliga principer för hur eventuella behovskonflikter löses ut ifall det föreligger tydliga behov i båda verksamheter. Även frågor om ersättning för stillestånd i verksamheten hos den part som frånträder resursen måste avhandlas.

Det är vid framtagande av ett sådant civilt fredstida kontrakt också viktigt att reda ut frågor om vilka effekter som uppstår i den enskildes pensions- och försäkringsvillkor och vid behov reglera hur detta ersätts.

Det är viktigt att framhålla att syftet med ett beredskapskontrakt inte är att lösa vårdens bemanning i vardagen, den måste huvudmännen lösa på annat sätt. Ett beredskapskontrakt får inte bli ett ekonomiskt verktyg för huvudmännen att slimma sin organisation ytterligare. Att det behövs personal för att utföra vård som inte kan anstå varje sommar är normalt inte att betrakta som en sådan situation då ett beredskapskontrakt ska träda i kraft. Därmed behöver det, om det inte tydligt kan uttryckas i kontrakten, finnas en nationell funktion som avgör när ett sådant kontrakt ska kunna tillämpas. En sådan funktion skulle kunna finnas vid Socialstyrelsen eller SKR.

I händelse av att regeringen inte går vidare med civilplikt och därmed möjligheten att omplacera personal mellan arbetsgivare i händelse av höjd beredskap (se utredningens tidigare förslag i SOU 2020:23) skulle beredskapskontraktet även kunna utgöra grund för krigsplacering

och tjänstgöring i höjd beredskap. Till skillnad från civilplikt bygger dock beredskapskontrakten på frivillighet. Det kommer därmed aldrig utgöra samma solida grund för att säkerställa tillgången på personal som en lagstadgad plikt gör. Det ger inte heller möjligheten att garantera att personalen kan få utbildning och öva. Utredningen vidhåller därmed att civilplikten är ett nödvändigt verktyg för att säkerställa tillgången på personal i hälso- och sjukvården i händelse av höjd beredskap och krig. Det finns vad utredningen ser inget som, om civilplikten införs, hindrar kommuner och regioner från att för höjd beredskap genom civilplikt placera samma personal som man för grundberedskap tecknar beredskapskontrakt med på samma sätt som MSB menar att man kan göra med avtalspersonalen från frivilliga försvarsorganisationer. Det ska noteras att den föreslagna lösningen innebär att en enskild bransch genom utredningens förslag, i stället för att skapa en nationell sektorsöverskridande lösning, nu skapar egna lösningar för enskilda personalgrupper. En sådan ordning kan i vissa avseenden anses mindre effektiv.

Den svenska modellen bygger på att arbetsmarknadens parter enas om villkor i kollektivavtal och andra överenskommelser. Utredningen bedömer därför att det i första hand är arbetsmarknadens parter som bör ta fram beredskapskontrakt. I det arbetet kan SKR ha en viktig roll som arbetsgivarorganisation för kommuner och regioner som är de aktörer som främst har behov av sådana kontrakt. Regeringen kan uppdraga åt Socialstyrelsen att bistå arbetsmarknadens parter i ett sådant arbete.

Behov av personal till förstärkningsresurser

Som framgått av kapitel 7 finns det olika nationella förstärkningsresurser. Även för dessa resurser finns behov av att säkerställa tillgången på personal. För detta ändamål behöver det tas fram särskilda kontrakt. Beredskapskontrakten skulle sannolikt även användas som grund av t.ex. Socialstyrelsen för att kontraktera personal till sådana nationella förstärkningsresurser.

Frivillig tjänstgöring i Försvarsmakten kan fungera som en modell

Även om stora delar av tjänstgöringen i Försvarsmakten regleras genom sedvanliga anställningskontrakt och vad som framgår om krigsplacerade eller avtalspersonal enligt lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt så finns det, med den komplicerade personalförsörjning myndigheten har, ändå situationer då det krävs kompletterande regler för anställning och tjänstgöring. Inte minst gäller detta i en situation då höjd beredskap inte råder. Ett sådant regelverk är förordning (FFS 1987:8) om frivillig tjänstgöring vid Försvarsmakten. Enligt förordningen får Försvarsmaktens myndigheter i mån av tillgång på medel anordna frivillig tjänstgöring för att

1. utbilda personal i krigsorganisationen,
2. tillgodose behovet av befäl i krigsorganiserade förband, staber och avdelningar,
3. tillgodose behovet av befäl i fredsorganisationen, om inte behovet kan tillgodoses genom förordnande, kommendering eller placering av yrkesofficerare,
4. tillgodose särskilda behov av personal för beredskapsändamål.¹³³

För frivillig tjänstgöring får förordnas

1. personal som är anställd vid Försvarsmakten på reservstat eller i en reserv eller i väg- och vattenbyggnadskåren,
2. värnpliktig eller förutvarande värnpliktig personal,
3. kvinnor som har genomgått utbildning enligt lagen (1980:1021) om militär grundutbildning för kvinnor,
4. krigsfrivillig personal,
5. medlemmar i frivilliga försvarsorganisationer,
6. yrkesofficerare över värnpliktsåldern som samtidigt innehar en civil statlig tjänst.¹³⁴

¹³³ 1 § förordning (FFS 1987:8) om frivillig tjänstgöring vid Försvarsmakten.

¹³⁴ 2 § i ovan nämnda författning.

Det är särskilt 1 § 4, dvs. att tillgodose särskilda behov av personal för beredskapsändamål, som är intressant som en parallell till ett beredskapskontrakt för hälso- och sjukvården. Av förordningen framgår vidare att den som har åtagit sig att tjänstgöra enligt 1 § 4 är skyldig att varje år

1. fullgöra beredskapstjänstgöring under högst två perioder om vardera högst tio dagar,
2. delta i övning och utbildning under högst tre dagar,
3. efter särskilt beslut under högst trettio dagar vid bortovaro från bostadsorten under mer än 24 timmar anmäla sin uppehållsort till den myndighet som avses i 9 §.¹³⁵

Den som har åtagit sig att tjänstgöra enligt 1 § 4 är skyldig att inställa sig till beredskapstjänstgöring omedelbart efter inkallelse. Inkallelseorder till övning eller utbildning ska utfärdas senast två månader i förväg.¹³⁶ Avtal om tjänstgöring enligt 1 § 4 träffas genom kontrakt (beredskapskontrakt) mellan den myndighet vid vilken tjänstgöringen ska ske och den enskilde. Beredskapskontraktet gäller med två månaders uppsägningstid. Det får dock hävas omedelbart av myndigheten.¹³⁷

Beredskapskontrakt har tidigare använts i hälso- och sjukvården

Beredskapskontrakt är inget nytt fenomen i den civila hälso- och sjukvården. På 1990-talet genomfördes stora utbildnings och övningsinsatser för traumateam. Det utbildades ungefär fyra traumateam per region, från landets samtliga dåvarande regionsjukhus¹³⁸. Teamet bestod av kirurg, anestesiläkare, anesthesjuksköterska, operationssköterska och undersköterska. Teamen utbildades i Sverige och åkte därefter till USA eller Sydafrika i två till tre veckor för att träna. Teamet skulle efter genomgången utbildning och träning arbeta eller öva tillsammans på sjukhuset med vissa intervall. Genom satsningen skapades samtränade team som fick en god utbildning i traumavård enligt det internationella konceptet Advanced Trauma Life Support, för-

¹³⁵ 7 § i ovan nämnda författning.

¹³⁶ 8 § i ovan nämnda författning.

¹³⁷ 9 § i ovan nämnda författning.

¹³⁸ Regionsjukhus motsvarar i dag i stort av universitetssjukhus medan dåtidens länsjukhus i dag närmare skulle benämnas kunna benämnas regionsjukhus.

kortat ATLS. Många av de som genomgick utbildningen fortsatte sedan att själva utbilda i konceptet traumaomhändertagande på hemma-plan och bidrog till att sprida detta koncept i Sverige.

I samband med att personalen utbildades togs också ett kontrakt eller överenskommelse fram som skulle säkerställa tillgängligheten till den aktuella personalen. Kontraktet tecknades mellan Socialstyrelsen, arbetstagaren och arbetstagarens ordinarie arbetsgivare och innebar att arbetstagaren skulle kunna frigöras för tjänstgöring på annan ort nationellt eller internationellt om sådana behov förelåg. Kontraktet innebar också att personen inte kunde krigsplaceras utan utgjorde en rörlig förstärkningsresurs. Vid byte av arbetsgivare förutsattes att arbetstagaren informerade den nya arbetsgivaren och att vid behov en ny överenskommelse tecknades.

Det är oklart vilken rättslig status överenskommelsen egentligen hade, men den var i vilket fall en viljeyttring och ett försök till att skapa ordning och reda i vilka personalresurser som är tillgängliga för vem. Till skillnad från utredningens förslag innebar denna överenskommelse inte placering i en specifik region utan att man ingick i en rörlig resurs. Ett koncept med kontrakt bör naturligtvis kunna stödja både en fast placering i en tänkt roll eller som en del i en nationell förstärkningsresurs.

Utredningens bedömning

Utifrån ovanstående gör utredningen bedömningen att det bör tas fram särskilda beredskapskontrakt för att, i grundberedskap, kunna förstärka hälso- och sjukvården med extra personal. Kontraktsvillkoren bör tas fram av arbetsmarknadens parter utifrån allmänna utgångspunkter framtagna av Socialstyrelsen och SKR. Om civilplikten aktiveras skulle beredskapskontraktet även kunna utgöra grund för krigsplacering och tjänstgöring i höjd beredskap.

8.3.3 Andra förslag som har övervägts

Det har i olika sammanhang förts fram att personal, bl.a. på grund av arbetsbelastningen, valt att lämna sina anställningar i vården under den senaste pandemin. Utredningen har därför övervägt om det finns skäl att se över möjligheten till att utöka tillämpningen av den all-

männa tjänsteplikten så att den gäller även vid vissa fredstida situationer och grundberedskap. En sådan förändring skulle kunna ske genom t.ex. en ändring i 6 kap. 1 § lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt. Ett sådant förslag skulle kunna innebära att personal måste kvarstå i sin anställning även under t.ex. en fredstida kris. Den allmänna tjänsteplikten ger dock inga ytterligare möjligheter till förstärkning eller omfördelning av personal utöver just skyldigheten att kvarstå i anställningen.

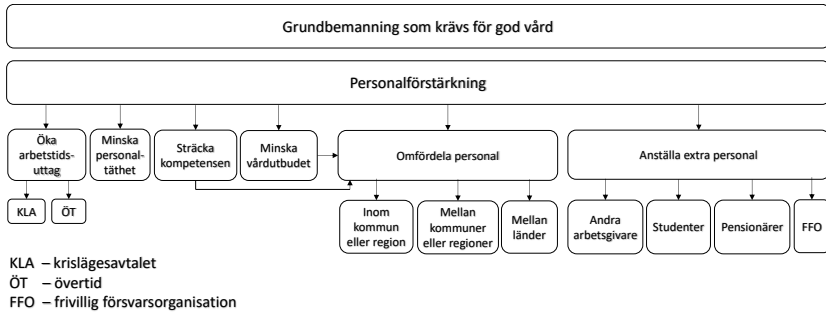
Utredningen kan precis som Coronakommissionen konstatera att det i nuläget saknas en översiktlig bild över den faktiska personalomsättningen under pandemin.¹³⁹ Utredningen kan också konstatera att merparten av vårdpersonalen har en uppsägningstid som är så pass lång att en uppsägning vid åtminstone kortare händelser än två till tre månader inte innebär någon direkt påverkan på vårdens förmåga att hantera händelsen. Det är endast under mycket utdragna förlopp som uppsägningar riskerar att bli ett problem. Sådana händelser kan omfatta t.ex. pandemier, säkerhetspolitiska kriser med gråzonspromblematik och höjd beredskap. Mot ovanstående bakgrund anser utredningen inte att det i nuläget kan motiveras att föreslå en utökning av den allmänna tjänsteplikten.

8.4 Sammanfattning

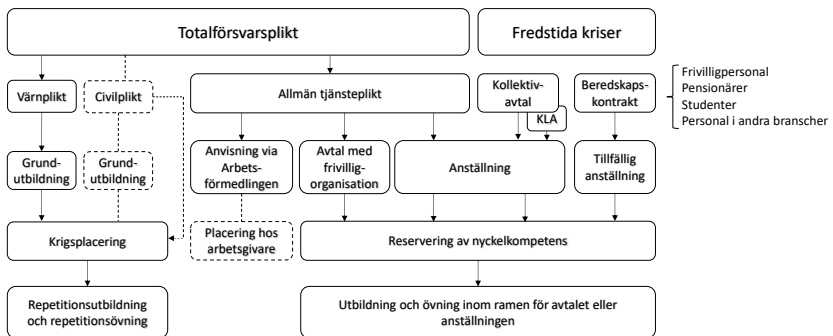
Utifrån vad som beskrivits i avsnitt 8.1 och 8.2 samt vad utredningen sedan tidigare anfört i det första delbetänkandet kan möjligheterna till personalförstärkning för fredstida kriser och höjd beredskap illustreras enligt nedanstående bilder.

¹³⁹ Sverige under pandemin – sjukvård och folkhälsa (SOU 2021:89), s. 503.

Figur 8.1 Personalförstärkning kan åstadkommas genom ett flertal olika aktiviteter



Figur 8.2 Systemet för totalförsvarspikt kompletterat med centrala verktyg för fredstida kriser



Not. Reservering av nyckelkompetens kallas ofta för krigsplacering när den syftar till att säkerställa behoven för höjd beredskap. Det är dock inte för kommuner och regioner liktydigt med krigsplacering i lagens mening. En mer korrekt beskrivning är att arbetsgivaren genom planeringsåtgärder reserverar personal för behov under höjd beredskap eller fredstida kriser. För statliga myndigheter använder regeringen även begreppet krigsplacering i 6 § förordningen (2015:1053) om totalförsvar och höjd beredskap. Det är inte heller i detta sammanhang liktydigt med vad som avses i lagen (1994:1809) om totalförsvarspikt. Se även SOU 2020:23 s. 132 ff.

9 Forskning, utbildning och övning

God vård bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet. För detta krävs forskning, utbildning, träning och övning inom de medicinska vetenskaperna såväl som inom andra områden som är av betydelse för bedrivandet av vårdverksamhet. Forskning, utbildning och övning inom katastrofmedicin, krisberedskap och inom ramen för totalförsvarets behov behöver ske i ökad omfattning för att stärka hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera situationer med många skadade eller sjuka. Utredningen beskrev i det första delbetänkandet *Hälso- och sjukvård i det civila försvaret* behovet av åtgärder för utbildning och övning inom hälso- och sjukvården för att öka förmågan att hantera kris och krig. Utredningen konstaterade då bl.a. att det är viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal får utbildning i traumavård utifrån de vårdmetoder och skadepanoraman som kan väntas uppkomma i krig eftersom det skiljer sig från vardagen. Det gäller också t.ex. hantering av kontaminerade patienter. Men en stor del av hälso- och sjukvårdspersonalen i kris och krig, när resurserna blir knappa, kommer behöva kunna utföra annan vård än de gör i vardagen, vilket i sin tur innefattar förändrade eller förenklade behandlingsmetoder. Även den ordinarie hälso- och sjukvården behöver upprätthållas vilket medför att utbildning för kris och krig behöver ske med en bred ansats.¹

Det pågår flera utvecklingsprojekt inom området forskning, utbildning och övning för hälso- och sjukvården parallellt med utredningens arbete. Utredningen har därför valt att beskriva vilket ansvar olika aktörer har i dag för utbildning och övning, de problem som finns i nuläget avseende forskning, utbildning och övning ur beredskapssynpunkt inom hälso- och sjukvårdsområdet, vilka projekt som pågår och som kan väntas bidra till en bättre situation framöver, samt slutligen vilka ytterligare åtgärder utredningen anser behöver genomföras.

¹ Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning (SOU 2020:23), s. 184.

Även Coronakommissionen lyfter i sitt andra delbetänkande fram betydelsen av utbildning och övning, bland annat framförs att ledningspersoner måste öva och träna på att kunna agera i tid och fatta ingripande beslut på ett mycket osäkert underlag. Betydelsen av aktörs-gemensamma övningar påtalas också.²

9.1 Flera aktörer har ansvar för utbildning och övning för fredstida kriser, höjd beredskap och krig

Begreppen utbildning, träning och övning används ofta tillsammans i sammanhang där man behandlar personers och organisationers kunskap, färdigheter eller förmåga att lösa olika uppgifter. Det kan ibland vara oklart vad som menas med de olika begreppen och hur de förhåller sig till varandra. Utredningen använder begreppet utbildning när personer genom olika aktiviteter får ökad kunskap om t.ex. olika ämnen eller uppgifter. Begreppet utbildning kan även delas upp i grundutbildning, specialiseringsutbildning och fortbildning, Grundutbildning är en grundläggande utbildning. I akademiska sammanhang är grundutbildning en utbildning som leder till kandidat eller magisterexamen. Specialiseringsutbildning, även benämnd vidareutbildning, och doktorexamen förutsätter fullgjord grundutbildning. Utredningen använder begreppet fortbildning då regioner, kommuner och i viss mån länsstyrelser ansvarar för kompletterande utbildning. Utredningen använder ordet träning för att beskriva att personer tillämpar den kunskap som de förvärvat och på så sätt ökar förmågan att använda den. Det kan t.ex. handla om att träna på olika ingrepp vid masskadesituationer. Det kan också innebära att man tränar sig i att ta på skyddsutrustning på ett säkert sätt eller genomgång av personsanering av farliga ämnen. Träning fokuserar på individen. Utredningen använder vidare ordet övning för att beskriva sådana aktiviteter där medlemmar i en organisation gemensamt tränar för att tillsammans bli bättre. Sådana övningar kan innehålla både mål på organisations- och individnivå. Även om de olika delarna har olika karaktär behandlas de här samlat.

² Sverige under pandemin, Volym 2, Sjukvård och folkhälsa. s. 747 (SOU 2021:89).

I detta avsnitt beskriver utredningen de ansvar som olika aktörer har för utbildning, träning och övning samt hur utbildning och övning genomförs i dag.

9.1.1 Ansvar för utbildning och övning finns på olika nivåer

Den som är hälso- och sjukvårdspersonal enligt 1 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och ge patienter sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav.³ Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen bär själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter.⁴ Hälso- och sjukvårdspersonalen är även skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls.⁵ Detta innebär att hälso- och sjukvårdspersonal själv har ett ansvar för att se till att de har kompetens att utföra sitt arbete enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Eftersom kunskap och arbetsmetoder hela tiden utvecklas har den enskilde därmed ett ansvar att ta till sig ny kunskap och delta i övningar på arbetsplatsen för att kunna bedriva sitt arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Därutöver har regioner och kommuner i egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvården ansvar för utbildning och övning. Även statliga myndigheter har visst ansvar för utbildning och övning för hälso- och sjukvården. De olika aktörernas ansvar beskrivs nedan.

Alla vårdgivare har ansvar för personalens kompetens

Regionerna, kommuner och privata aktörer har som vårdgivare ett allmänt och långtgående ansvar för personalens kompetens. Det framgår av hälso- och sjukvårdslagen att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär bl.a. att vården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard.⁶ Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det bl.a. finnas den personal som behövs för att god vård ska kunna ges.⁷ I patientsäkerhetslagen finns också bestämmelser om att vårdgivaren ska pla-

³ 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen.

⁴ 6 kap. 2 § patientsäkerhetslagen.

⁵ 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen.

⁶ 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

⁷ 5 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen.

nera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen respektive tandvårdslagen upprätthålls.⁸

Detta inkluderar även den kunskap som krävs för att hantera situationer med många skadade eller svårt sjuka.

Hälso- och sjukvården utvecklas hela tiden i takt med nya framsteg inom bl.a. forskningen. Det kan handla om nya kirurgiska metoder, nya tekniska hjälpmedel eller nya läkemedel. Det innebär behov av att inhämta ny kunskap, träna nya metoder och att implementera detta i rutinsjukvården. Ansvaret för sådan fortbildning vilar på vårdgivarna.

Kommuner och regioner har ansvar för utbildning och övning

Bedömning: Kommuner och regionerna har i dag ansvar för att förtroendevärd och anställd personal får den utbildning och övning som behövs för att de ska kunna lösa sina uppgifter vid extraordinära händelser i fredstid. Utredningen om civilt försvar har i SOU 2021:25 lämnat förslag om att detta ansvar ska utökas till att även omfatta uppgifter under höjd beredskap. Vi bedömer att det förslaget är ändamålsenligt och bör genomföras.

Både kommuner och regioner omfattas av kraven som gäller för alla vårdgivare att ha personal med rätt kompetens för att bedriva god och säker vård. Därutöver finns vissa särskilda bestämmelser om utbildning och övning för regioner.

Regionens ansvar för utbildning och övning utifrån hälso- och sjukvårdslagen m.m.

Enligt 7 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen ska regionen planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård. Regioner ska även planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls. Det innebär att regionen därmed behöver säkerställa att personalen har utbildning och är övad för att klara av

⁸ 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

att hantera de behov av vård som kan uppstå hos den befolkning som omfattas av regionens ansvar samt att regionens personal kan upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap.

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap framgår att regionen ska planera för personalens vidareutbildning⁹ och kompetensutveckling. Regionen ska vidare planera för regelbunden träning och övning så att personalen både kan upprätthålla och utveckla den katastrofmedicinska beredskapen och genomföra insatser vid allvarlig händelse.¹⁰ Kraven kan anses överlappa med de krav som redan åligger en vårdgivare att ha kompetent personal och att erbjuda dessa vidareutbildning, men kan motiveras av att beredskapsåtgärder till sin karaktär riskerar att prioriteras ner om de inte särskilt uppmärksammas och att bestämmelserna i föreskrifterna även tar sikte på annan personal än de som direkt utför hälso- och sjukvården, t.ex. personal i ledningsfunktioner.

Vissa regioner har också ett särskilt ansvar att upprätthålla beredskap för katastrofmedicinska insatser enligt lagen (2008:552) om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands. Dessa regioner ska ge sådan personal möjlighet att delta i utbildningar och övningar för svenska insatser utomlands, men ansvarar inte själva för att genomföra sådana utbildningar.¹¹

Kommunen har inget utpekade ansvar för utbildning och övning utifrån hälso- och sjukvårdslagen

Kommunen ska i egenskap av huvudman enligt hälso- och sjukvårdslagen planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård. Kommunen ska vid planeringen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare. I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska kommunen samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.¹² Kommunen omfattas inte av hälso- och sjukvårdslagens krav på att upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap och därmed inte heller av de krav på utbildning och övning som kommer av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna

⁹ I denna utredning benämns detta som fortbildning.

¹⁰ 5 kap. 6 och 7 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.

¹¹ 8 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.

¹² 11 kap. 2 och 3 §§ hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

råd om katastrofmedicinsk beredskap. Specifika utbildningar och övningar för kommunerna kopplat till hälso- och sjukvårdsfrågor saknas i dag. Samverkansövningar mellan kommuner och regioner med hälso- och sjukvårdsperspektiv förekommer sällan.

Kommuners och regioners ansvar för utbildning och övning i LEH

Av lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, i det följande förkortat LEH, framgår att kommuner och regioner också ska ansvara för att förtroendevalda och anställd personal får den utbildning och övning som behövs för att de ska kunna lösa sina uppgifter vid extraordinära händelser i fredstid.¹³ I förarbeten till denna bestämmelse har regeringen konstaterat att en skyldighet för kommuner och regioner att se till att samtliga anställda och förtroendevalda får den utbildning och övning som behövs för att de ska kunna lösa sina uppgifter vid extraordinära händelser innebär ett högt ställt krav på kommunerna och regionerna. I detta ligger att kommunerna och regionerna allvarligt måste överväga samtliga utbildningsmöjligheter som erbjuds och se till att berörda aktörer deltar i en sådan utsträckning att skyldigheten uppfylls. Regeringen konstaterade också att det kan vara lämpligt att fullmäktige, i samband med att den antar planen för hur extraordinära händelser ska hanteras, beslutar om hur utbildning och övning ska ske.¹⁴

Det saknas i nuläget en motsvarande bestämmelse om utbildning och övning för höjd beredskap. Däremot har Utredningen om civilt försvar lämnat förslag till en ändring av denna bestämmelse i det förslag till ny lag om kommuners och regioner beredskap som presenterades i SOU 2021:25 där regionernas ansvar för utbildning och övning utökas till att även omfatta verksamhetens uppgifter under höjd beredskap.¹⁵ Vi bedömer att detta förslag är ändamålsenligt eftersom det skulle skapa en ökad tydlighet och öka förutsättningarna för en samlad utbildnings och övningsverksamhet inom kommuner och regioner som omfattar hela hotskalan. Vi bedömer därför att detta förslag från Utredningen om civilt försvar bör genomföras.

¹³ 2 kap. 8 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

¹⁴ Samverkan vid kris för ett säkrare samhälle (prop. 2005/06:133), s. 111.

¹⁵ Struktur för ökad motståndskraft (SOU 2021:25), s. 43 och 464 ff.

Även om kraven i LEH kan anses överlappa med krav som redan åligger en vårdgivare att ha kompetent personal och att därmed tillhandahålla fortbildning måste kraven på utbildning och övning i LEH ses mot att de riktar sig till en vidare målgrupp än de som utför hälso- och sjukvård. Kraven i LEH riktar sig till alla yrkeskategorier och inom alla de olika verksamheter där kommunen och regionen bedriver verksamhet. Detta stämmer också väl med att LEH är en sektorsövergripande lag för "krisberedskap" för kommuner och regioner och som inte särskilt riktar in sig på hälso- och sjukvård.

För kommunen del är ansvaret för hälso- och sjukvård och omsorg en del av dess samhällsviktiga verksamhet som måste fungera vid bl.a. extraordinära händelser i fredstid. Även om bestämmelserna i LEH tar sin utgångspunkt i, och därmed begränsas till, extraordinära händelser är det utredningens uppfattning att om kommunerna i större utsträckning än i dag genomför utbildning och övning inom sin hälso- och sjukvård och omsorg skulle det få positiv påverkan på kommunernas förmåga att hantera även andra situationer som innebär stora utmaningar för den kommunala hälso- och sjukvården och som inte betraktas som extraordinära.

Utbildning och övning omfattas av överenskommelser

Sveriges Kommuner och Regioner, i det följande förkortat SKR, har tecknat två olika överenskommelser med staten om regionernas arbete med krisberedskap och civilt försvar och som berör utbildning och övning. I överenskommelsen mellan SKR och Socialdepartementet om hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar för år 2021 framgår specifikt att regionen genom utbildning och övning ska stärka hälso- och sjukvården och dess stödfunktioners förmåga vid särskilda händelser och höjd beredskap. Regionerna ska, om förutsättningar för detta finns, medverka i andra aktörers övningar.¹⁶ Detta finns även angivet i den beslutade överenskommelsen för 2022.¹⁷ I överenskommelsen mellan SKR och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, i det följande förkortat MSB, och som utgår från regionernas

¹⁶ Hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar 2021. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.

¹⁷ Hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar 2022. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.

skyldigheter utifrån lagen om extraordinära händelser ingår att regionerna ska genomföra viss angiven utbildning och övning.^{18,19}

I överenskommelsen mellan MSB och SKR om kommunernas krisberedskap för åren 2019–2022 framgår att kommunerna regelbundet ska utbilda och öva sin krisorganisation. Överenskommelsen är bred och omfattar fler verksamheter än hälso- och sjukvård, t.ex. beredskapsfunktioner inom kommunal teknisk försörjning och krisstöd. MSB har också tillsammans med SKR och representanter från landets kommuner tagit fram en vägledning som stöd till kommunernas arbete med utbildningar och övningar inom området.²⁰

Statliga myndigheters ansvar

Av förordning (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap framgår att varje myndighet ska ansvara för att personalen vid myndigheten får den utbildning och övning som behövs för att den ska kunna lösa sina uppgifter i samband med krissituationer. En planlagd utbildnings- och övningsverksamhet i syfte att uppnå detta mål ska genomföras.²¹ Bestämmelsen riktar sig till den egna myndigheten och innebär för hälso- och sjukvården att berörda myndigheter, till exempel Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket och Socialstyrelsen ska bedriva utbildnings- och övningsverksamhet för att de ska kunna lösa sina egna uppgifter i samband med krissituationer. Bestämmelsen har ingen direkt betydelse för vårdgivare i övrigt eller för kommuner och regioner. Bestämmelsen är dock av betydelse då hälso- och sjukvården fungerar som ett system och det finns ett behov av att både kommuner, regioner och statliga myndigheter har den utbildning som krävs och har övat. En systemsyn i detta sammanhang försvåras av att kraven på kommuner och regioner samt statliga myndigheter utgår ifrån olika begrepp, extraordinära händelser respektive krissituationer.

¹⁸ Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, Sveriges Kommuner och Regioner; *Överenskommelse om landstingens arbete med krisberedskap och civilt försvar 2018–2020 samt Förlängd och justerad överenskommelse om regionernas arbete med krisberedskap och civilt försvar 2021*.

¹⁹ Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, Sveriges Kommuner och Regioner; *Överenskommelse om regionernas arbete med krisberedskap och civilt försvar 2018–2020 med revideringar till och med 2022*.

²⁰ Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2019): *Vägledning för kommunens utbildnings- och övningsplan 2019–2022*. (dnr 2018-13415).

²¹ 9 § förordning (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap.

Förslag om utbildning från Utredningen om civilt försvar

Utredningen om civilt försvar presenterade ett förslag till en ny beredskapsförordning som riktar sig till statliga myndigheter. I förslaget till beredskapsförordning föreslås en ny bestämmelse som anger att personalen vid myndigheten ska få den utbildning och övning som behövs för att den ska kunna lösa sina uppgifter under höjd beredskap.²²

Utredningen om civilt försvar föreslår också en indelning av statliga myndigheter i beredskapssektorer.²³ Inom ramen för detta förslag finns ett förslag till bestämmelse i beredskapsförordningen som anger att de sektorsansvariga myndigheterna ska samverka med MSB i frågor som gäller sammanhängande planering, rapportering och åtgärder som övning och utbildning.²⁴ Betänkandet innehåller inte särskilt utvecklade resonemang kring dessa frågor och det är utifrån den utredningens förslag oklart vilken betydelse förslaget skulle ha för kommuner och regioner. Som framgår nedan har MSB ett forum för samordning av utbildnings- och övningsverksamhet. Det är rimligt att anta att de sektorsansvariga myndigheterna ska representera sektorn i dessa frågor.

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen ska enligt myndighetens instruktion bl.a. genom kunskapsstöd och föreskrifter bidra till att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, ansvara för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling inom sitt verksamhetsområde och arbeta med och ge stöd till metodutveckling inom sitt verksamhetsområde. Socialstyrelsen ska också skapa och tillhandahålla enhetliga begrepp, termer och klassifikationer inom sitt verksamhetsområde.²⁵ Detta knyter an till vad som anges i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Av denna framgår att styrningen med kunskap sker genom icke bindande kunskapsstöd och föreskrifter.²⁶ Vad ansvaret avser beror till stor del på hur man ser på begreppet kunskaps-

²² *Struktur för ökad motståndskraft* (SOU 2021:25), s. 57 och 297–298.

²³ A.a., s. 310.

²⁴ A.a., s. 298 och 312.

²⁵ 4 § förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

²⁶ 2 § förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.

stöd. Begreppet saknar i dag en tydlig definition eller beskrivning i författning, termbank, nationalencyklopedin eller svensk ordbok.

Socialstyrelsen har vidare enligt instruktionen ett samlat ansvar för att expertis utvecklas och upprätthålls samt att kunskap sprids om katastrofmedicin och krisberedskap inom myndighetens verksamhetsområde. Myndigheten ska också verka för att expertis inom dessa områden står till samhällets förfogande vid kriser och katastrofer.²⁷ Bakgrunden till, och betydelse i övrigt av, denna bestämmelse framgår av avsnitt 9.4 nedan. Utredningen noterar att kunskapsförmedling och kunskapsspridning kan ske på många sätt t.ex. genom skriftliga publikationer, vägledningar, utbildning och övning. Utredningen anser att det är lämpligt att valet av metod sker i dialog med de som ska tillgodogöra sig kunskapen, dvs. i huvudsak kommuner och regioner. Utredningen föreslår att det ska införas bestämmelser i Socialstyrelsens instruktion som innebär att myndigheten inom ramen för ansvaret för att expertis utvecklas och upprätthålls samt att kunskap sprids om katastrofmedicin, och krisberedskap inom myndighetens verksamhetsområde även ska analysera omfattande händelser nationellt och internationellt samt sammanställa slutsatser från större övningar. Myndigheten ska vidare sprida dessa erfarenheter till berörda aktörer i syfte att möjliggöra utveckling av beredskapen (se avsnitt 5.5.2)

Till skillnad från t.ex. Folkhälsomyndigheten saknas i instruktionen för Socialstyrelsen en allmän och övergripande bestämmelse som anger att myndigheten ansvarar för kunskapsutveckling inom hela sitt verksamhetsområde samt att myndigheten ska förmedla relevant kunskap till kommuner, regioner och andra berörda aktörer. För Socialstyrelsen finns i stället särskilda bestämmelser som rör t.ex. statlig styrning med kunskap²⁸ och uppgifter rörande beredskap.²⁹ Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ska tillhandahålla nationella utbildnings- och övningsplaner för hälso- och sjukvårdens beredskap och att förs in som ett löpande uppdrag i förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen (se avsnitt 9.2).

²⁷ 8 § förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

²⁸ 3–4 §§ ovan nämnda författning.

²⁹ 8–9 §§ ovan nämnda författning.

Folkhälsomyndigheten

Enligt förordningen (2021:248) med instruktion för Folkhälsomyndigheten har myndigheten ansvar för kunskapsutveckling inom sitt verksamhetsområde samt inom detta identifiera, analysera och förmedla relevant kunskap till kommuner, regioner och andra berörda aktörer.³⁰ Bestämmelsen är allmänt hållen och tar inte specifikt sikte på något specifikt område. Enligt utredningens bedömning inkluderar bestämmelsen även sådan kunskap som krävs för krisberedskap och höjd beredskap på myndighetens område. Instruktionen uttrycker inte hur kunskapen ska förmedlas. Det står därmed enligt utredningen myndigheten fritt att välja det sätt som myndigheten bedömer är mest effektivt för att nå syftet. Det kan t.ex. ske genom rapporter, vägledningar, rekommendationer eller utbildning. Utredningen anser att valet av metod med fördel kan avgöras i dialog med de berörda aktörerna.

Under utbrottet av covid-19 har myndigheten kontinuerligt publicerat vägledningar och rekommendationer för personal inom vård och omsorg på sin webbsida. Myndigheten ger även ut vägledningar för andra områden som kan påverka folkhälsan. Under 2021 publicerades bland annat råd till vård och omsorgspersonal för att hantera en värmebölja.³¹ Folkhälsomyndigheten tillhandahåller även visst utbildningsmaterial för kommuner och regioner.

Folkhälsomyndigheten har expertkunskaper inom flera områden som är av betydelse för hälso- och sjukvårdens beredskap. Det är viktigt att dessa aspekter också kommer fram i de utbildnings- och övningsplaner som Socialstyrelsen föreslås få ansvar för.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB)

MSB har ansvar för frågor om skydd mot olyckor, krisberedskap och civilt försvar, i den utsträckning inte någon annan myndighet har ansvaret. Ansvaret avser åtgärder före, under och efter en olycka, kris,

³⁰ 4 § förordning (2021:248) med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

³¹ Folkhälsomyndigheten (2021): *Hantera värmeböljor – information om risker och praktiska råd till personal inom vård och omsorg (Artikelnummer 21157)*.

krig eller krigsfara.³² Myndigheten ansvarar för att utbildning och övningar kommer till stånd inom myndighetens ansvarsområde.³³

Av instruktionen kan man sluta sig till att MSB:s ansvar tar vid där andra myndigheters ansvar slutar. Detta är på sätt och vis en utmanande skrivning som kräver god insikt i vilket ansvar andra myndigheter har och att detta ansvar är tydligt uttryckt. Enligt utredningen betyder det på hälso- och sjukvårdsområdet att sektorsmyndigheterna eller andra aktörer har, eller bör ha, det huvudsakliga ansvaret för utbildning inom t.ex. katastrofmedicin (Socialstyrelsen) samt smitta och hälsohot (Folkhälsomyndigheten) för krisberedskap, höjd beredskap och krig. MSB:s ansvar däremot kan enligt utredningen handla om sektorsövergripande frågor som ledningsplatser, samband, kryptografiska funktioner och vissa systemfrågor. Utbildningsinsatserna knyter då tydligt an till dessa frågor.

MSB bedriver utbildningar inom krisberedskap och civilt försvar, där även medarbetare från kommuner och regioner deltar. Fokus för utbildningarna är systemförståelse inkluderande ansvar och roller, där även hälso- och sjukvård sätts i det sammanhanget. MSB tillhandahåller också vissa tillämpningsutbildningar inom stabsmetodik, kriskommunikation och för tjänstemän i beredskap, som i olika delar är relevanta inom hälso- och sjukvårdsområdet.

MSB ansvarade under åren 2012–2014 för projektet Gemensamma grunder för samverkan och ledning vid samhällsstörningar.³⁴ En rad aktörsgemensamma utbildningar har utifrån detta projekt genomförts i MSB:s regi.

Nationellt forum för inriktning och samordning av övningar

Nationellt forum för inriktning och samordning av övningar, i det följande förkortat NAFS, är ett forum som leds av MSB och består av representanter från myndigheter som enligt krisberedskapsförordningen har ansvar inom krisberedskap och civilt försvar samt adjungerade organisationer, bland andra Sveriges kommuner och regioner (SKR) och Försvarsmakten. Syftet med forumet är att inrikta och

³² 1 § förordning (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.

³³ 1 § 7 förordning (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.

³⁴ Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2018): *Gemensamma grunder för samverkan och ledning vid samhällsstörningar* (Publ.nr.: MSB777).

samordna tvärssektoriella övningar på nationell och regional nivå samt övningar med EU- och internationella kopplingar. Regioner och kommuner deltar med varsin adjungerad representant. NAFS planerar för övningar med många olika aktörer där samverkan är ett stort inslag. I detta forum behandlas inte övningar med enbart ett specifikt hälso- och sjukvårdsperspektiv.

9.1.2 Utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal inom katastrofmedicin och krisberedskap i dag

Det finns få författningsreglerade krav på vilken kompetens som behövs för att utföra olika åtgärder inom hälso- och sjukvården. Generellt framgår av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) att personal som bedriver hälso- och sjukvård ska ha den kompetens som krävs för uppgiften.³⁵ Kraven på kompetens riktas både mot den enskilde och mot den som bedriver verksamheten (vårdgivaren). För vissa yrken, t.ex. läkare och sjuksköterska, finns särskilda krav på legitimation som är kopplade till en viss utbildning vid universitet eller högskola.³⁶ Läkare genomgår dessutom oftast specialiseringstjänstgöring. Sådan tjänstgöring följer av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2015:8) om läkarnas specialiseringstjänstgöring. Kopplat till föreskrifterna finns också målbeskrivningar fastställda av Socialstyrelsen.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls, vilket åtminstone indirekt ställer krav på medarbetarnas kompetens.³⁷ Det är vårdgivaren som enligt 3 kapitlet 1 § patientsäkerhetslagen ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen respektive tandvårdslagen upprätthålls. Även andra yrkesgrupper än de som utför den direkta vården behöver besitta den kompetens som krävs för uppgiften.

Nedan beskrivs hur utbildning och övning bedrivs inom hälso- och sjukvårdsområdet i dag och vilka samverkansforum som finns.

³⁵ 5 kap. 2 §, hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

³⁶ 4 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

³⁷ 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Utbildning vid universitet och högskolor inom katastrofmedicin och krisberedskap

Katastrofmedicin är den del av den medicinska vetenskapen som studerar, undervisar, utvecklar och utvärderar metoder för att bedriva hälso- och sjukvård på effektivast möjliga sätt i situationer med bristande resurser.³⁸ I dag saknar många yrkesgrupper i vården, däribland läkare och sjuksköterskor, grundutbildning i katastrofmedicin (se vidare avsnitt 9.3 nedan). För att läkare ska kunna få ut sin specialistexamen måste en vidareutbildning genomföras. I vissa av dessa vidareutbildningar, anesthesi, kirurgi, ortopedi och akutsjukvård, ingår moment avseende katastrofmedicin och prehospital vård. För sjuksköterskor är specialisering inte obligatoriskt. De sjuksköterskor som läser en vidareutbildning för att bli specialistsjuksköterska inom anesthesi/sjukvård och ambulanssjukvård har i examensmålen för utbildningen inskrivet att de ska kunna *visa förmåga att tillämpa sina specialistkunskaper vid stora olyckor och katastrofer*. Andra professioner som arbetar inom hälso- och sjukvården, exempelvis farmaceuter, fysioterapeuter, socionomer, psykologer och undersköterskor, saknar helt grundutbildning i ämnesområdet. Det finns däremot ett antal fristående kurser vid landets universitet inom katastrofmedicin.

Regionernas fortutbildningar i dag

Traumaomhändertagande

Utbildning avseende traumaomhändertagande av enstaka patient ges som standardiserade koncept. Dessa konceptutbildningar finns både för prehospital och intrahospital personal samt uppdelat för sjuksköterskor och läkare. De intrahospitala kurserna avser akut omhändertagande på vårdinrättning under främst den första timmen efter fysiska trauma. Inom anesthesi, kirurgi, ortopedi och akutsjukvård är konceptutbildningen Advanced Trauma Life Support, förkortat ATLS^{®39}, obligatorisk för examen som färdig specialist. Ingen av dessa kurser är specifikt inriktad på katastrofmedicin, men ger en kunskap som även kan användas vid en händelse med många skadade.

³⁸ Socialstyrelsen (2018), *En stärkt katastrofmedicinsk beredskap*, s. 14.

³⁹ Motsvarande militära utbildning är Battlefield Advanced Trauma Life Support (BATLS).

Vad utredningen erfar är det endast någon enstaka region som utbildar i omhändertagande av trauma vid ett större inflöde av patienter.

Krisstöd och CBRN

Av Socialstyrelsens förskrift och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap framgår att regionen ska planera för att kunna erbjuda krisstöd till den som har drabbats av eller riskerar att drabbas av psykisk ohälsa som en följd av en allvarlig händelse (se även avsnitt 7.1.3). I grundutbildning för och psykologer ingår oftast en viss teoretisk kunskap i psykotraumatologiska aspekter, och vad utredningen erfar har socionomer skiftande teoretiska grundkunskaper inom området. Båda dessa professioner får en generell praktisk kunskap om att bemöta individer i kris. All hälso- och sjukvårdspersonal som möter patienter och närstående bör ha vissa grundkunskaper avseende krisstöd. Vad utredningen erfar sker fortbildning i regioner och kommuner inom krisstöd eller katastrofpsykiatri i mycket begränsad omfattning alternativt så saknas det helt. Kunskapscentrum i katastrofpsykiatri har fristående universitetskurser i psykotraumatologi. Socialstyrelsen publicerade 2018 ett kunskapsunderlag som är avsett för lokal och regional planering av krisstöd till drabbade vid en allvarlig händelse. Där finns även en beskrivning av utbildningsansvar samt beskrivningar av lämpligt utbildningsinnehåll för målgrupper.⁴⁰

Ytterligare ett område som kräver särskild utbildning och fortbildning för berörda professioner är CBRN. Här beskriver ett flertal regionen stora svårigheter med att bedriva utbildning inom egen region på grund av svårigheter med att förvärva samt bibehålla kunskap. Flera regioner anger att de inte har genomfört utbildningar och/eller kompetensutveckling inom CBRN- området under många år.

Samverkan och ledning

Även utbildning inom området samverkan och ledning vid allvarliga händelser och fredstida kris sker på många olika sätt i regionerna, undantaget är prehospital sjukvårdsledning där samtliga regionerna kommit överens om att utbilda prehospital personal företrädesvis från

⁴⁰ Socialstyrelsen, *Krisstöd vid allvarlig händelse*, Artikelnummer 2018-10-9.

ambulanssjukvården i konceptet PS, Prehospital Sjukvårdsledning[®]. I denna kurs utbildas deltagarna i en nationell gemensam struktur för särskild sjukvårdsledning vid allvarlig/särskild händelse. Ledningsmodellen används även vid mindre omfattande skadehändelser. Utbildningsmodellen bygger på att fakulteter med instruktörer/lärare bildas i regionerna och dessa i sin tur utbildar regionens medarbetare. Modellen brukar ibland benämnas ”train the trainer”

De flesta regioner har egna utbildningar för de personer som ingår i särskild sjukvårdsledning på regional nivå samt lokal nivå, på sjukhus, men det saknas nationella vägledningar även inom detta område, varför kurslängd, innehåll m.m. varierar. Det förekommer att regioner erbjuder kurser i sjukvårdsledning till andra regioner. Det finns dock inte någon nationell kvalitetssäkring av sådana utbildningar.

9.1.3 Övningsverksamhet

Utbildning behöver ofta kompletteras med övning för att kunskaper ska kunna tillämpas. Övningar är också ett bra sätt att testa organisationernas förmåga dels genom att det testas samspelet inom den egna organisationen, dels för att det visar på vad som fungerar bra och mindre bra i samspelet mellan olika organisationer. Övning ger möjligheter att utvärdera samverkan och bedöma om det leder till önskad samordning.

Även övningar genomförs med varierande frekvens och omfattning i regionerna. Mindre övningar med särskild sjukvårdsledning⁴¹ på lokal och regional nivå sker förhållandevis regelbundet, ofta i form av workshopar där man diskuterar olika scenarier. Dessa övningar fokuserar på individuella kunskaper avseende sin roll i organisationen och kollektiva kunskaper/mål exempelvis vid olika scenarier. I genomsnitt genomförs dessa övningar en halv till en dag per år, men det finns även regioner som inte genomför regelbundna övningar alls och regioner som övar sina särskilda sjukvårdsledningar två gånger per år. De regioner utredningen varit i kontakt med uppger att pandemin har visat på behovet av att regelbunden övning för medarbetare som ingår i särskild sjukvårdsledning. Även Coronakommissionen

⁴¹ Särskild sjukvårdsledning är den ledningsfunktion som åstadkommer inriktning och samordning av hälso- och sjukvårdens insatser vid särskild händelse (SoS termbank besökt 2021-11-01).

påpekar i sitt andra delbetänkande betydelsen av övning för att kunna hantera en kris.⁴²

Traumaövningar i syfte att öva omhändertagande av enstaka patient inom ett sjukhus genomförs på de flesta akutmottagningar som har som uppdrag att omhänderta trauma. Oftast är den berörda akutmottagningen själv ansvarig för att planera och genomföra dessa övningar. Någon region genomför så kallade simuleringsövningar där ett stort antal trauma åskådliggörs med information på fiktiva journalanteckningar eller med stöd av simuleringsverktyg. Övningar med levande skademarkörer förekommer i dag sällan. Detta var dock betydligt mer vanligt i mitten på nittio-talet. Vad utredningen erfar finns det delade meningar bland regionerna avseende värdet av övningar med ett stort antal levande skademarkörer. Några anser att detta är en kostsam och ineffektiv övningsform, medan andra anser att det är det mest verklighetstroga sättet att öva.

Övningar tillsammans med andra aktörer

Övningar tillsammans med andra aktörer sker också i olika omfattning i regionerna. Det vanligaste övningarna är så kallade *blåljusövningar* där ambulanssjukvården övar tillsammans med räddningstjänst och polis på skadeplats. Länsstyrelserna genomför också återkommande samverkansövningar i ett bredare forum där regionerna oftast är representerade. Vad utredningen erfar har ingen regionen i närtid genomfört övningar tillsammans med kommunernas hälso- och sjukvård, t.ex. evakueringsövningar.

Övningar tillsammans med Försvarmakten

Några regioner har, ofta genom att de har ett militärt förband inom regionen, ett tätare samarbete med Försvarmakten än andra. Detta gäller även vid övningsverksamhet. Ett exempel på detta är de övningar som Sahlgrenska Universitetssjukhuset, i följande förkortat SU, och Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS) genomfört tillsammans med Försvarmaktens Försvarsmedicincentrum, år 2018 och 2019.⁴³ Genom

⁴² Sverige under pandemin, Volym 2, Sjukvård och folkhälsa (SOU 2021:89) s. 747.

⁴³ Sahlgrenska Universitetssjukhuset (2018): *Rapport Övning Liv 2018, Erfarenheter från Sahlgrenska sjukhuset under Övning Liv*.

Försvarsmaktens försorg sminkades ett större antal skademarkörer som senare transporterades och omhändertogs inom akutmottagning och radiologi på SU. Därefter byttes skademarkörerna ut mot detaljerade skadekort med samma skador som med simuleringsteknik processades igenom alla sjukhusets övriga berörda enheter. Detta bedömdes som enda möjligheten att kunna få en kapacitets- och funktionsbedömning av sjukhuset som helhet utan omfattande (och kostsamma) ingrepp i den rutinmässiga sjukvården. Övningarna utgör en viktig modell för såväl träning som kapacitets- och funktionstest med rimlig insats. Övningen fokuserade på traumaomhändertagande av många samtidigt svårt skadade samtidigt som särskild sjukvårdsledning övade.

Under kommande år planerar fler sjukhus i Västra Götalandsregionen att genomföra liknande övningar. Utredningen anser att det är positivt med samverkansövningar liknande de som Försvarsmakten genomför i Västra Götalandsregionen, men konstaterar att Försvarsmakten är en nationell myndighet och att myndighetens samverkansövningar med regioner bör genomföras på de platser i landet där det är högst prioriterat ur totalförsvarssynpunkt.

Nationella övningar där kommuner eller regioner deltar

Som framgick av bl.a. avsnitt 4.6.2 innebar det förändrade säkerhetspolitiska läget på 1990-talet en stor omställning av de statliga satsningarna på beredskap. Detta påverkade naturligtvis även utbildnings- och övningsverksamheten. Sedan den tiden har också ansvaret för sjukvårdsfrågor splittrats på flera statliga myndigheter, där Socialstyrelsen alltjämt har ansvar för hälso- och sjukvården men t.ex. Folkhälsomyndigheten har ansvar för smittskydd och pandemiberedskap på nationell nivå.

En effekt av ovanstående är att det på många år inte genomförts nationella övningar utifrån mer omfattande händelser som påverkar fler regioner och kommuner samt olika statliga myndigheter. Även om kommuner och regioner med stöd av övningsplaner och utbildningsmaterial kan genomföra övningar på regional nivå av t.ex. omhändertagande på skadeplats eller som i fallet med LIV-övningarna ett helt sjukhus finns det skäl att även genomföra större övningar. För att genomföra en större övning fick Socialstyrelsen år 2016 i upp-

drag av regeringen att genomföra en större övning som omfattade flera regioner (se nedan). Detta är den första större övningen på över 10 år.

Med anledning av de ökade satsningarna på totalförsvaret börjar dock övningsverksamheten åter så sakta komma igång genom bl.a. Totalförsvärsövning 2020 och Projekt hotbild (se nedan). Det är dock utredningens uppfattning att övningsverksamheten behöver öka på samtliga nivåer, även den nationella. Här bör det genomföras övningar utifrån flera perspektiv inte bara ett stort antal traumafall t.ex. vad avser beslutsfattande och mandat, omfördelning av resurser, försörjningsstörningar, störningar i cyberdomänen, pandemi m.m. Sådana övningar kan genomföras som komplexa övningar utifrån flera perspektiv eller som delmoment utifrån olika aspekter. Övningarna kan också blanda praktiska moment med rena beslutsövningar. I dag saknas tydliga uppdrag till statliga myndigheter att genomföra sådana övningar. De övningar som genomförs sker på särskilda uppdrag av regeringen.

Övning TYKO

Den senaste nationella katastrofmedicinska övningen, Övning TYKO, genomfördes år 2016. Övningen anordnades av Socialstyrelsen på uppdrag av regeringen med syfte att öva hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera en allvarlig händelse med många skadade.⁴⁴ Övningen genomfördes som en simuleringsövning utan fysiska skademarkörer. Region Örebro, Dalarna, Värmland, Västmanland, Sörmland, Östergötland och Uppsala deltog i övningen. Särskild sjukvårdsledning på regional nivå övades på ledningsplatser i respektive region. Den nationella samordningen av brännskadevård övades särskilt på ledningsplatserna i Östergötland och Uppsala enligt fastställd larmplan. Socialstyrelsen, som enda övade statliga myndighet, övade sin krisledningsorganisation på egen ledningsplats. Erfarenheter från övningen sammanfattades i en rapport som gjordes tillgänglig för samtliga regioner.⁴⁵ Däremot har enligt regionerna ingen ytterligare aktiv erfarenhetsåterföring eller fortsatt arbete med i rapporten föreslagna utvecklingsområden skett.

⁴⁴ Regeringen; Uppdrag att genomföra en övning av hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera en allvarlig händelse med många skadade, S2016/01460/FS (delvis).

⁴⁵ Socialstyrelsen, *Hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera en allvarlig händelse med många skadade Erfarenheter och lärdomar av Övning TYKO*, Artikelnummer 2016-10-7.

Totalförsvarsövning 2020

År 2020 genomfördes den första totalförsvarsövningen, i det följande förkortat TFÖ, på mer än 30 år. Övningen leddes gemensamt av MSB och Försvarsmakten och omfattade flera hundra övande organisationer över hela landet, både civila och militära, offentliga och privata. Övningen inleddes redan under hösten år 2019 och stora delar av övningen hann genomföras innan coronapandemin bröt ut. Bland annat övade fler än 5 000 nyckelpersoner i kommunala och regionala ledningar över hela landet roller och ansvar, samverkan med andra aktörer, att prioritera resurser samt personalförsörjning. Likaså övade ett antal myndighetschefer att tillsammans bedöma och hantera ett komplicerat gråzonsläge. De delar av övningen som inte kunde genomföras med anledning av pandemin har senarelagts eller omarbetats till nya, pandemianpassade upplägg. Socialstyrelsen var en sammanhållande part för regionernas planering och genomförande av TFÖ 2020 avseende hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Övning Barents Rescue

Övningen Barents Rescue utgör ett led i att, inom ramen för Barentsavtalet (se vidare avsnitt 7.5.2), utveckla förmågan till gränsöverskridande samverkan vid hantering av naturkatastrofer, omfattande olyckor och andra nödsituationer i Barentsregionen.⁴⁶ Övningen utgår ifrån räddningstjänsten men innefattar även sjukvårdsmoment. Inriktningen för övningen har från år 2016 skiftat från att fokusera på fältövningar till att fokusera mer på planeringsprocessen där struktur, metod, erfarenhetsåterföring samt kompetenshöjande inslag och möjlighet till nätverkande mellan olika aktörer i Barentsregionen är centralt. Från och med år 2019 genomförs övningen vart tredje år (tidigare vartannat år). De fyra länderna turas om att arrangera övningen. Region Norrbotten och Region Västerbotten deltog vid senaste övning i Barents Rescue år 2019.

Även om Barents Rescue endast övar ett fåtal regioner utgör den ett viktigt inslag i övningsfloran då den omfattar samverkan med flera andra länder i vårt närområde och därmed bl.a. ger Socialstyrelsen möjlighet att öva de uppgifter de har i att begära internationellt stöd. I den mån praktiska sjukvårdsmoment ingår bör erfarenheter från

⁴⁶ Barentsregionen omfattar landområdena runt Barents hav och på Nordkalotten.

dessa även kunna ha betydelse för vår egen förmåga, särskilt vad avser sjukvård under kalla förhållanden. Som utredningen gett uttryck för i avsnitt 5.2.2. är det viktigt att erfarenheter från sådana övningar sammanställs och delges samtliga regioner så att den samlade förmågan ökar.

Projekt Hotbild

Syftet med detta projekt var att stödja regionernas planering för civilt försvar och katastrofmedicinsk beredskap och som en del av detta genomfördes under 2018 ett krigsspel tillsammans med regionerna. Erfarenheterna från spelen ska bland annat kunna bidra till kunskaper om hotbild, innebörden för hälso- och sjukvården av väpnade konflikter och en gemensam syn på och åtgärder för att bättre kunna hantera en situation med många skadade. Projekt Hotbild genomfördes i samarbete med Försvarshögskolan, Försvarsmakten och Jordbruksverket, även MSB och FOI deltog i projektet.⁴⁷

Uppföljning av regionernas kompetens och övningsverksamhet

Regionerna ska årligen till MSB, Socialstyrelsen och länsstyrelsen rapportera utvecklingen av sin krisberedskap utifrån 2 kap. 9 § LEH, 2 § FEH och enligt överenskommelsen om regioners arbete med krisberedskap och civilt försvar. Regionerna ska även redovisa svar på ett antal indikatorer som bland annat rör kompetens, övning, ledning och kommunikation. Inom området "kompetens" efterfrågas om "personalen i krishanteringsorganisationen har utbildning och kännedom om sin och landstingets roll och ansvar vid en extraordinär händelse" samt om "personalen har kännedom om relevanta aktörers roller och ansvar vid extraordinära händelser". Inom området övning efterfrågas om det finns en utbildnings- och övningsplan som efterföljs, om krishanteringsorganisationen övats under det gångna året, om erfarenheter tas till vara efter övningar och inträffade händelser. Frågor om regionernas krisberedskap utifrån LEH samt indikatorer har MSB som avsändare, men regionerna lämnar svar även till Länsstyrelsen och Socialstyrelsen. Vad utredningen erfar sker återkoppling till regionerna i begränsad omfattning på de svar som redo-

⁴⁷ Socialstyrelsen (2021): *Hälso- och sjukvården och planering för civilt försvar Hotbild och gemensamma dilemman* (artikelnummer 2021-8-7513).

visas till myndigheterna. Det finns heller ingen analysprocess hos MSB för de underlag som regionerna rapporterar. Det är utredningens uppfattning att det är bra att det gör sammanställningar och analyser av vilka insatser som görs men att när sådan information efterfrågas måste det finnas ett klart syfte vad informationen ska användas till och på vilket sätt informationen används för att åstadkomma förändring. Det kan till exempel innebära att staten utifrån analyserna genomför riktade satsningar på områden som är eftersatta, att myndigheterna erbjuder stöd till de regioner som har behov av detta, att återkoppling ges till regioner så att de kan hjälpa varandra och att bra exempel lyfts fram osv. Vad utredningen förstår är dessa syften i dag inte tydliga för regionerna.

9.1.4 Socialstyrelsen har pågående regeringsuppdrag inom området utbildning och övning

Socialstyrelsen har under de senaste åren haft flera uppdrag på området utbildning och övning. Det senaste uppdraget består av att ta fram nationella utbildnings- och övningsplaner för katastrofmedicinsk beredskap och civilt försvar.⁴⁸

Tidigare uppdrag

Som beskrevs i avsnitt 9.1.3 ovan har Socialstyrelsen på regeringens uppdrag genomfört övning Tyko. Socialstyrelsen fick år 2018 i uppdrag av regeringen att stödja regionernas arbete med katastrofmedicinsk beredskap och planering för civilt försvar inom hälso- och sjukvården.⁴⁹ Uppdraget innebar bl.a. att analysera regionernas behov av övnings- och utbildningsinsatser och ta fram förslag till en nationell utbildnings- och övningsverksamhet för hälso- och sjukvården i frågor som rör katastrofmedicinsk beredskap och civilt försvar. Socialstyrelsen skulle också lämna förslag till hur utbildnings- och övningsinsatserna skulle organiseras samt ta fram en plan för utbildnings- och övningsinsatser de kommande fem åren. En delrapport lämnades

⁴⁸ Uppdrag att ta fram nationella utbildnings- och övningsplaner för katastrofmedicinsk beredskap och civilt försvar samt nationell samordning av utbildning och övning, regeringsbeslut 2021-03-24, S2021/02922 (delvis).

⁴⁹ Uppdrag att stödja landstingen i arbetet med katastrofmedicinsk beredskap och planering för civilt försvar inom hälso- och sjukvården, regeringsbeslut 2018-04-12, S2018/02370/FS (delvis).

till regeringen i oktober år 2018 där regionernas behov av kunskapsstöd inom uppdragsområdet samt en inriktning för utbildnings- och övningsverksamhet för åren 2019–2024 redovisades. Slutrapporten redovisades den 31 december år 2020.⁵⁰

Den utbildnings- och övningsmodell som Socialstyrelsen redovisade utgår från den planering för deltagande i Totalförvarsövning 2020 som myndigheten har genomfört i nära samverkan med regionerna, Försvarsmakten, MSB, Folkhälsomyndigheten och Röda Korset sedan år 2018. Det innebär i princip att det skapas nationella och regionala planeringsgrupper för att möjliggöra samordnade och likvärdiga utbildningar och övningar.

Ytterligare erfarenheter och synpunkter på föreslagna åtgärder har sedan inhämtats inom ramen för pågående krishantering med anledning av utbrottet av covid-19. I slutrapporten från år 2020 redovisades Socialstyrelsens pågående arbete samt förslag på hur fortsatt arbete ska bedrivas genom inrättandet av en modell för kunskapsstyrning av katastrofmedicin samt en modell för utbildnings- och övningsverksamhet.⁵¹

Pågående uppdrag

Regeringen har i totalförvarspropositionen understrukit vikten av att kunskapsstöd till regionerna och en nationell modell för utbildning och övning tillgängliggörs snarast.⁵² Som ett led i detta har regeringen gett Socialstyrelsen ett nytt uppdrag att ta fram nationella utbildnings- och övningsplaner för katastrofmedicinsk beredskap och civilt försvar.⁵³ Uppdraget ska genomföras i samarbete med kommuner, regioner, SKR, Försvarsmakten, Folkhälsomyndigheten, länsstyrelserna, MSB och andra relevanta aktörer. Nationella utbildnings- och övningsplaner ska initialt tas fram inom traumavård, omhändertagande av drabbade vid s.k. CBRN-händelse, katastrofmedicin och krisstöd samt hälso- och sjukvårdens roll i totalförsvaret. Inom ramen för uppdraget ska myndigheten redovisa hur aktuella områden för utbildning och övning identifieras och omhändertas under försvarsbesluts-

⁵⁰ Socialstyrelsen (2020), *En stärkt katastrofmedicins beredskap – plan för fortsatt arbete*.

⁵¹ En stärkt katastrofmedicins beredskap – plan för fortsatt arbete, s. 24.

⁵² Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30), s. 141–142.

⁵³ Uppdrag att ta fram nationella utbildnings- och övningsplaner för katastrofmedicinsk beredskap och civilt försvar samt nationell samordning av utbildning och övning (S2021/02922/FS [delvis]).

perioden 2021–2025. I uppdraget ingår även nationell samordning av kommuners och regioners deltagande, inom området hälso- och sjukvård, i nationella kris- och totalförsvarsövningar. Uppdraget ska redovisas till regeringen i oktober år 2022.

Det är enligt utredningen av största vikt att ovanstående regeringsuppdrag leder till att regionerna nu ges förutsättningar för att nå en likvärdig utbildningsnivå.

9.2 Nationellt samordnat utbildnings- och övningsmaterial i katastrofmedicin och krisberedskap behöver tas fram och förvaltas

Förslag: Det behövs en nationellt sammanhållen plan för utbildning och övning som stödjer kommuner, regioner och andra vårdgivare i den utbildning som behövs för att klara hälso- och sjukvårdens uppgifter vid händelser med många svårt skadade eller sjuka och vid katastrofsituationer.

Socialstyrelsen har i uppdrag av regeringen att ta fram utbildnings- och övningsplaner inom vissa prioriterade områden. Det är viktigt att dessa uppdrag resulterar i konkreta utbildnings- och övningsplaner som kan komma till användning i första hand hos regionerna. Därefter bör kommuner och regioner i samverkan med Socialstyrelsen i ett nästa steg komma överens om vilka ytterligare områden som ska vara prioriterade vid framtagandet av utbildnings- och övningsplaner. De utbildnings- och övningsplaner som tas fram av Socialstyrelsen bör föras in i en nationell plan för utbildning och övning för hälso- och sjukvårdens beredskap som kan ligga till grund för utbildnings- och övningsverksamheter i kommuner och regioner. Den kan i relevanta delar även användas av privata vårdgivare.

Uppdraget att tillhandahålla nationella utbildnings- och övningsplaner för hälso- och sjukvårdens beredskap förs in som ett löpande uppdrag i förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

I dag är utbildning och övning i katastrofmedicin, krisberedskap och totalförsvar inom hälso- och sjukvården decentraliserat och sker med olika innehåll och på olika sätt i olika regioner. Delar av hälso-

och sjukvårdspersonalen saknar helt kunskaper i katastrofmedicin eftersom det inte är ett obligatoriskt ämne i grundutbildningen till läkare och sjuksköterska. På de universitet där ämnet förekommer sker undervisningen ofta i mycket begränsad omfattning, se vidare avsnitt 9.3 nedan. Det medför att när regionerna ska genomföra fortutbildningar för sin personal behöver de ta hänsyn till att stora delar av personalen inte har några förkunskaper alls på detta område, medan andra har viss kunskap. För medarbetare i kommuner och regioner som vill lära sig om katastrofmedicinsk beredskap, krisberedskap och totalförsvaret inom hälso- och sjukvården finns inte heller någon samlad ingång på webben där man kan hitta t.ex. gällande regler, vägledningar, handböcker eller utbildnings- och övningsmaterial för hälso- och sjukvården. Nedan beskrivs de huvudsakliga brister som utredningen anser finns i dag på detta område.

9.2.1 Det saknas kvalitetssäkrat nationellt samordnat utbildnings- och övningsmaterial

Det finns en stor variation bland regionerna avseende hur medarbetare introduceras till, och utbildas i omhändertagande av många samtidigt skadade eller sjuka, katastrofmedicin samt samverkan och ledning. Det är dessutom en blandning av medicinska kunskaper och organisationskunskap. En bidragande orsak till dessa variationer är avsaknaden av nationell enhetlighet och nationellt stöd, både i grund- och vidareutbildning. Denna olikhet bidrar sedan till att det blir komplicerat för regionerna att genomföra samordnad fortbildning när grundkunskaperna är så olika.

Regionerna har organiserat utbildningsverksamheten på olika sätt.

I flera regioner organiseras områdena säkerhet, krisberedskap, katastrofmedicinsk beredskap i en och samma enhet på regionövergripande nivå. Kurser och information i säkerhet, brandskydd, kontinuitetshantering, katastrofmedicin, ledning och samverkan ges samordnat. Några regioner har separata utbildningar för utpekade befattningar för att kunna agera vid en allvarlig händelse exempelvis ledningsan-

svariga sjuksköterskor på akutmottagningar eller personer som ingår i staben för särskild sjukvårdsledning på regional och lokal nivå.

De flesta regioner saknar strukturerade krav på vilka kurser och utbildningar inom katastrofmedicin, krisberedskap, totalförsvaret, samverkan och ledning, krisstöd m.m. olika professioner eller personer ska ha för att tjänstgöra i regionen. Men det finns även exempel på regioner som har tydliga utbildningsplaner för olika professioner. Vissa regioner ger en kurs i katastrofmedicin för blivande specialistläkare. Dessa kurser ges för att uppfylla delmålen i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2015:8) om vissa läkares specialiseringstjänstgöring (specialistkompetenskurs, SK-kurs). De flesta regioner har någon form av grundkurs på en halv till en dag inom det som i som regionerna benämner katastrofmedicinsk beredskap. Oftast är denna riktad till personal som ofta tidigt eller i stor omfattning blir involverade vid händelser som omhändertar ett stort antal skadade t.ex. personal vid akutmottagningar, operation och inom intensivvård. Ett flertal regioner kallar denna fortbildning för *katastrofmedicinsk dag*.

Några regioner saknar helt strukturerade fortbildningsinsatser. Ansvaret för att utbilda och informera ligger då i stället på varje enhet, avdelning eller klinik. Genomförandet av utbildningarna kan dock vara utlagt på beredskapsorganisationen, en konsult eller den utbildningsenhet som ansvarar för all fortbildning eller kompetensutveckling inom regionen. En sådan ordning innebär att innehållet också kan vara väldigt skiftande mellan olika enheter inom en och samma region.

Socialstyrelsen tillhandahöll tidigare nationellt samordnad utbildning i katastrofmedicin för hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen bidrog under 1990- och 2000-talet till ett gemensamt synsätt avseende katastrofmedicinsk beredskap inom hälso- och sjukvården. I samverkan med representanter för regionerna och katastrofmedicinska centra tog myndigheten under 2000-talet fram en utbildningsmodell, kursplaner och kompetensmål samt information om begrepp och definitioner i syfte att säkerställa enhetlighet och god kvalitet på utbildningarna inom det katastrofmedicinska området. Det resulterade i att myndigheten publicerade rekommendationer för planering av utbildning i katastrofmedicin avsett som ett stöd för pla-

nering, genomförande, uppföljning och utvärdering på lokal, regional och nationell nivå. Den senaste utgåvan av dessa rekommendationer är från år 2007.⁵⁴ Socialstyrelsen tillhandahöll även en rad kurser och utbildningar som var kostnadsfria för regionerna. Flera av kurserna utbildade utbildare, vilket möjliggjorde att likvärdiga utbildningar kunde genomföras på hemmaplan i de olika regionerna. Socialstyrelsen samlade regelbundet utbildningsansvariga från regionerna för att diskutera utbildnings- och övningsfrågor. Socialstyrelsens arbete med utbildning och övning finansierades genom särskilda medel från staten. I samband med att formerna för finansiering av anslag 2:4 Krisberedskap förändrades år 2012 upphörde från och med år 2013 alla nationella utbildningar som anordnades av Socialstyrelsen. Sedan dess saknas nationellt sammanhållna utbildningar och övningar inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Nationella utbildnings- och övningsplaner behöver tas fram

Det finns inga nationella vägledningar för hur regionernas kan eller bör bedriva kompetensutveckling för hälso- och sjukvårdspersonal inom exempelvis katastrofmedicin, CBRNE, samverkan och ledning. Det saknas även nationella utbildningar inom dessa områden, som regionerna kan använda eller hänvisa till. Det finns inte heller några nationellt angivna mål för vad regionernas personal ska kunna efter genomförd fortbildning.

MSB har en webbplats som överskådligt beskriver utbildningar inom deras ansvarsområde, men MSB ansvarar inte för utbildningar inom katastrofmedicin. Däremot finns ett flertal allmänna utbildningar avseende krisberedskap.

Privata vårdgivare har inget ansvar för beredskapsområdet men kan genom avtal med regionerna ha en roll i regionernas katastrofmedicinska planering och totalförsvarsplanering. I vissa fall har regionerna i avtalen åtagit sig att ansvara för utbildning i dessa delar, medan de i andra fall är de privata aktörerna själva som ansvarar för personalens fortbildning även avseende beredskapsaspekter.

Även om alla kommuner, regioner och andra vårdgivare i viss mån behöver utforma utbildningar och övningar utifrån de risker och sår-

⁵⁴ Socialstyrelsen, *Utbildning inom katastrofmedicinsk beredskap, Rekommendation för planering*, 2007, artikelnummer 2007-130-9.

barheter som kan finnas i deras specifika verksamheter finns det en viss gemensam nivå på kunskap som hälso- och sjukvårdspersonal i vissa verksamheter bör ha kännedom om. Även om ansvaret för att utbilda och öva personalen ligger på kommuner, regioner och andra vårdgivare som behöver det finnas nationella vägledningar om vad man ska utbilda personalen i och vad man ska öva på.

9.2.2 Ansvaret för att ta fram utbildningar och övningar behöver tydliggöras

Det finns även behov av utbildning i hur regioner och kommuner inriktar och samordnar sin verksamhet under fredstida kriser, höjd beredskap och krig. Övning av sådana situationer är viktigt för att detta ska fungera vid reella händelser. Detta inkluderar även utbildning i hur olika aktörer agerar gemensamt för att motverka effekterna vid samhällsstörningar. Detta bör kompletteras med praktiska övningar som spänner över myndighets- och aktörsgränser. Sådana övningar behöver involvera t.ex. kommuner, regioner, polis, länsstyrelse, räddningstjänst och Försvarsmakten, men även berörda företag som t.ex. SOS Alarm och aktörer i försörjningskedjan. För att kunna stödja utbildningsinsatserna krävs även relevant forskning, inte minst vad avser de medicinska omhändertagandet.

Pandemin har medfört ett ökat fokus på hälso- och sjukvårdens beredskap och krishantering. Erfarenheter från pandemin bör tas till vara i det fortsatta arbetet även avseende forskning, utbildning och övning. Detta gäller både inom hälso- och sjukvården och för aktörs-gemensamma utbildningar och övningar. Erfarenheter från pandemin har också visat på behovet av att, under en pågående händelse, snabbt kunna ta fram nya nationella kunskapsstöd till regioner och kommuner. Behovet att snabbt ta fram nya underlag kommer sannolikt även att uppkomma vid andra fredstida kriser även om ambitionen måste vara att minska behovet av detta genom att planera, utbilda och öva i förväg.

Framtaget material bör tas till vara

Socialstyrelsen har enligt myndighetens instruktion ett samlat ansvar för att expertis utvecklas och upprätthålls samt att kunskap sprids om katastrofmedicin och krisberedskap inom myndighetens verksamhetsområde.⁵⁵ Trots detta saknas det fortfarande nationellt samordnade utbildningar i katastrofmedicin inom hälso- och sjukvårdsområdet. Som en reaktion på att det saknas nationella utbildningar har flera utbildningar tagits fram av enskilda regioner med stöd av 2:4-medel. Det finns såvitt utredningen erfar en hel del bra arbete gjort inom området, men det sker i dag ingen gemensam förvaltning av sådant material som har tagits fram. Dessa utbildningar har inte Socialstyrelsen som avsändare och får därmed inte karaktären av nationell vägledning för regionerna. Det skulle t.ex. skapa förutsättningar för en betydande kompetenshöjning i regionerna om redan framtaget material kunde samlas ihop, kvalitetssäkras och presenteras på ett enkelt sätt för regionerna på Socialstyrelsens webbplats. I och med Socialstyrelsens regeringsuppdrag avseende utbildning och övning bör det även skapas förutsättningar för erfarenhetsutbyte mellan regioner, kommuner och samverkande aktörer avseende utbildning och övning. I rapporten Totalförsvarets sjukvårdssystem från 2016 presenteras konkreta exempel på hur detta skulle kunna åstadkommas bland annat genom att inrätta en särskild funktion som har ansvar för utbildning, övning och erfarenhetsåterföring på en högre regional nivå.⁵⁶

Utredningen gjorde i delbetänkandet Hälso- och sjukvård i det civila försvaret bedömningen att det är angeläget att Socialstyrelsen i samarbete med företrädare för kommunerna, regionerna, Försvarmakten, Folkhälsomyndigheten, MSB och andra relevanta aktörer i krisberedskapssystemet, snarast tar fram nationella utbildnings- och övningsplaner för katastrofmedicinsk beredskap och civilt försvar. Sådana övningsplaner för området hälso- och sjukvård bör harmoniera med den nationella samordnade övningsplanering som tas fram av MSB i samverkan med Nationellt forum för inriktning och samordning av övningar. Socialstyrelsen bör vara sammanhållande vad avser kommuners och regioners deltagande inom området hälso- och sjukvård i nationella kris- och totalförsvarsövningar.⁵⁷ Utredningen

⁵⁵ 8 § första stycket förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

⁵⁶ Försvarmakten och Socialstyrelsen (2016), *Totalförsvarets sjukvårdssystem En civilmilitär förmågeutveckling inom hälso- och sjukvårdssektorn genom hela hotskalan*, s. 26–27.

⁵⁷ Hälso- och sjukvård i det civila försvaret (SOU 2020:23), s. 189.

konstaterade då att det krävs nationell samsyn kring katastrofmedicinsk beredskap och hälso- och sjukvårdens roll inom totalförsvaret. För att uppnå detta och för att öka kompetensen i dessa frågor behöver kommuner, regioner och andra vårdgivare få stöd från ansvariga myndigheter. Sådant stöd bör lämnas genom bl.a. vägledningar till gällande regelverk och genom utbildnings- och övningsmaterial.⁵⁸ Det finns dock i dag inte tillräckligt sådant stöd på hälso- och sjukvårdsområdet. Socialstyrelsen lämnade år 2020 ett förslag till en nationell utbildnings- och övningsmodell för hälso- och sjukvården. Utifrån de regeringsuppdrag som Socialstyrelsen nu har att ta fram utbildnings- och övningsplaner inom ett antal prioriterade områden, samt avseende prioriteringsprinciper för kris och krig, kan sedan riktlinjer och kunskapsstöd utarbetas inom hälso- och sjukvården.

Utbildnings- och övningsplaner som nu tas fram behöver förvaltas och utvecklas över tid. Därutöver kan det finnas behov av utbildnings- och övningsplaner för andra områden inom hälso- och sjukvårdens beredskap än de som Socialstyrelsen nu har ett särskilt uppdrag att ta fram. Utredningen anser därför att det bör göras till en löpande uppgift för Socialstyrelsen att tillhandahålla nationella utbildnings- och övningsplaner för kommuner, regioner och andra vårdgivare avseende hälso- och sjukvårdens beredskap. Denna uppgift föreslås därför införas i Socialstyrelsens instruktion.

9.2.3 Det finns etablerade strukturer för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård

Bedömning: Katastrofmedicin och andra medicinska aspekter av betydelse för hälso- och sjukvårdens beredskap måste vara en naturlig del i kunskapsstyrningen och därmed inom flera programområden. Kunskapsstyrningen bör kunna utgå ifrån de behov som framkommer kommer av risk- och sårbarhetsanalyser, nationella planeringsanvisningar för totalförsvaret och regionernas egen planering utifrån HSL. Utredningen vill understryka vikten av att de nationella programområdena samverkar i syfte att uppnå samordning med regionernas övriga strukturer för hälso- och sjukvårdens beredskap.

⁵⁸ A.a., s. 190–191.

Det finns en etablerad modell för nationell kunskapsstyrning som är uppbyggd på en statlig och en regional nivå med strukturerade former för samverkan.

Kunskapsstyrningen styrs på den statliga nivån av förordningen (2015:155) om styrning med kunskap inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Förordningen syftar till att säkerställa att styrningen med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst som statliga myndigheter ansvarar för utgör ett stöd för huvudmän och olika professioner vilka har ansvar för att patienter och brukare ges en god vård och insatser av god kvalitet.⁵⁹

Styrningen med kunskap sker genom icke bindande kunskapsstöd och föreskrifter som syftar till att bidra till att hälso- och sjukvård och socialtjänst bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.⁶⁰ Nio myndigheter samverkar i Rådet för styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst bl.a. för att myndigheternas styrning ska vara samordnad, effektiv och behovsanpassad och till stöd för huvudmän och professionen. Huvudmannagruppen, som består av förtroendevalda från kommuner och regioner, har i sin tur i uppgift att informera Rådet om områden där det finns behov av statlig styrning med kunskap i kommuner och regioner.

Socialstyrelsen har, tillsammans med fem andra myndigheter som ingår i det nationella rådet för styrning med kunskap, ingått ett partnerskap tillsammans med SKR och de regionala samverkans- och stödstrukturerna för kommuner och regioner i syfte att bidra till en ökad samverkan, dialog och samordning av initiativ som kan bidra till en behovsanpassad kunskapsutveckling, bättre stöd för implementering och ett effektivare kunskapsstöd.⁶¹ Genom partnerskapet har en gemensam samordningsgrupp bildats med representanter från myndigheterna och styrgruppen för regionernas styrning med kunskap. Socialstyrelsen och de övriga myndigheterna har utsedda kontaktpersoner som bl.a. samordnar myndighetens kontakter med respektive programområde, se nedan.

Socialstyrelsen tar fram och reviderar kunskapsstöd, rekommendationer, nationella riktlinjer och annan vägledning utifrån bästa till-

⁵⁹ 1 § 2 § förordningen (2015:155) om styrning med kunskap inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.

⁶⁰ 2 § förordningen (2015:155) om styrning med kunskap inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.

⁶¹ Överenskommelse om samarbete i ett partnerskap för stöd till kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården (SKR dnr 18/03626).

gängliga kunskap för hälso- och sjukvård och socialtjänst. I arbetet ingår också att samordna myndighetens arbete med patientsäkerhet och arbetet med vetenskapliga råd. Socialstyrelsen har t.ex. under utbrottet av covid-19 publicerat en rad utbildningar och vägledningar som stöd till vård och omsorgspersonal. Där finns bland annat webb-utbildningar i basala hygienprinciper och användning av personlig skyddsutrustning.

Nationella programområden

På den regionala nivån har kunskapsstyrningen sedan år 2018 organiserat ett gemensamt system för kunskapsstyrning. Systemet syftar till att utjämna skillnader och leverera en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet.⁶² Systemet består i dagsläget av 24 nationella programområden, i det följande förkortat NPO som representerar olika delar av vården. Regionerna har var för sig, efter rekommendation från SKR:s styrelse, beslutat om denna sammanhållna struktur för kunskapsstyrning.⁶³ Besluten innebär att regionerna anpassar sina regionala och lokala kunskapsorganisationer till den nationella programområdes- och samverksstruktur.

Flera nationella programområden har identifierat behov att ha med beredskapsperspektivet inom sina specialiteter. Utredningen bedömer att det är positivt och viktigt att beredskapsaspekterna uppmärksammas och utvecklas inom respektive programområde. När Socialstyrelsen presenterar resultaten av sina regeringsuppdrag avseende krisberedskap under 2022 kan NPO:erna konkretisera och arbeta vidare med dessa utifrån sina egna områden. Utredningen vill understryka vikten av att det arbete som görs avseende beredskapsaspekter inom NPO:erna utgår från och samordnas med regionernas övriga beredskapsstrukturer för hälso- och sjukvården.

⁶² <https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/omkunskapsstyrning.44726.html>, besökt 2021-11-11.

⁶³ SKR, Meddelande från styrelsen nr 9/2017, Rekommendation till landsting och regioner om etablering av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning (dnr 17/00003).

9.3 Katastrofmedicin ska ingå i hälso- och sjukvårdspersonalens grundutbildning

Förslag: Ämnet katastrofmedicin ska införas i grundutbildningen för läkare och sjuksköterskor. Det sker genom en ändring i examensordningen för dessa professioner i bilaga 2 till högskoleförordningen.

Regeringen har i propositionen Totalförsvaret 2021–2025 konstaterat att all berörd vårdpersonal behöver få den utbildning och övning som krävs för att sjukvården ska kunna lösa sina uppgifter i kris och krig, vilket även kan innefatta eventuella förändrade eller förenklade behandlingsmetoder.⁶⁴ Utredningen har tidigare i delbetänkandet Hälso- och sjukvård i det civila försvaret (SOU 2020:23) konstaterat att införande av ämnet katastrofmedicin i grundutbildningen för hälso- och sjukvårdspersonal är en förutsättning för en fungerande krisberedskap i vardagen och för befolkningens säkerhet och trygghet i krig. Det är också en förutsättning för tillhandahållandet av en jämlik vård över hela landet.⁶⁵ All hälso- och sjukvårdspersonal behöver också ha en mental förberedelse och vissa grundläggande verktyg med sig från grundutbildningen för att kunna hantera massskadehändelser, som kan inträffa både i fredstid och i krig, samt ha kunskap om hur sjukvård bedrivs under förhållanden med svår resursbrist. De krav som ställs på hälso- och sjukvården vid t.ex. situationer med många skadade eller sjuka kräver specifika kunskaper utöver vad som krävs för rutinmässig sjukvård, och det ställer krav på att personalen måste kunna utföra vissa insatser utanför sitt specialområde. En grundläggande kunskap som vilar på nationella krav inom dessa områden ger också kommuner och regioner något att bygga vidare på i den fortsatta utbildningen som sker kontinuerligt under yrkeslivet.

⁶⁴ Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30), s. 141.

⁶⁵ Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning (SOU 2020:23), s. 202 ff.

Tidigare ingick katastrofmedicin i grundutbildningen

Fram till millenniumskiftet hade Sverige en internationellt ledande position inom katastrofmedicinsk utbildning. Socialstyrelsens beredskapsenhet ställde redan 1974 kravet på universitet och högskolor att införa en obligatorisk, praktiskt inriktad utbildning i katastrofmedicin för alla läkar- och sjuksköterskestuderande som en nödvändig komponent i landets säkerhet. En gemensam kursplan antogs av samtliga lärosäten. Undervisningen omfattade en veckas studier och innehöll både teori och övningar. Sverige blev därmed ett av de första länderna i världen att införa en sådan utbildning. Socialstyrelsen tog dessutom initiativ till och finansierade en universitetsutbildning för lärare i katastrofmedicin och även ett brett efterutbildningsprogram för personal av alla kategorier i dåvarande landstingens regi. Den ”svenska modellen” uppmärksammades internationellt och ledde till svenska utbildningsuppdrag för både EU, WHO och ett flertal länder i olika delar av världen. Fram till millenniumskiftet fanns därför goda kunskaper i katastrofmedicin hos svensk sjukvårdspersonal. Efter millenniumskiftet togs denna del i grundutbildningen bort på grund av ökad konkurrens om utrymmet i och med tillkomst av nya ämnesområden. Att nästan hela efterutbildningsprogrammet också lades ned berodde på ändrade ekonomiska prioriteringar och skedde parallellt med den övriga neddragningen av samhällets beredskap.⁶⁶

Kunskapen i katastrofmedicin behöver öka

Ämnet katastrofmedicin är i dag inte obligatoriskt och saknas helt vid vissa lärosäten. Vid de lärosäten där det förekommer sker utbildning i begränsad omfattning. Det gör att en stor del av den yngre hälso- och sjukvårdspersonalen i regionerna saknar basala kunskaper inom området och de som får kunskap har detta på väldigt olika nivåer. Alla vårdgivare ansvarar för att anställd personal får den utbildning och övning som krävs för att bedriva god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen. Hälso- och sjukvårdslagen gäller i hela hotskalan. För regioner och kommuner finns särskilda krav på att både anställd personal och förtroendevalda ska få utbildning och övning även för

⁶⁶ Sten Lennquist, ”Sverige var en gång ledande inom katastrofmedicin”, replik på *DN Debatt* 2020-07-13.

kris och krig. För privata vårdgivare kan sådana skyldigheter följa av avtal med kommuner och regioner.

Den kunskap som inhämtas under grundutbildningen ligger till grund för påbyggnadsutbildningar för olika roller och befattningar vid fredstida kriser och krig. För att kunna bedriva en likvärdig, effektiv och meningsfull påbyggnadsutbildning i regionerna måste grundutbildningen vara enhetlig och uppfylla väl definierade kunskapsmål. I dag måste regionerna många gånger även ansvara för utbildning i det mest fundamentala inom ämnesområdet katastrofmedicin på grund av att personalen inte har kunskapen med sig från sina grundutbildningar.

Socialstyrelsen föreslog redan år 2015 att katastrofmedicin ska införas i grundutbildningarna för läkare och sjuksköterskor.⁶⁷ Det förslaget har hittills inte fått någon effekt på lärosätenas utbildningsplaner. År 2020 infördes en ny läkarutbildning och inte heller i den är katastrofmedicin ett obligatoriskt inslag.

Även professionsföreträdare har under senare år lyft fram vikten av att katastrofmedicin blir ett obligatoriskt inslag i grundutbildningarna för läkare och sjuksköterskor. De har uppmanat Utbildningsdepartementet att se över högskoleförordningen och de nationella kunskapsmålen för läkar- sjuksköterske- och andra vårdutbildningar, och uppdra åt de lärosäten som utbildar läkare och sjuksköterskor att se över undervisningen i katastrofmedicin. Målet bör enligt dem vara att alla läkare, sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor har både teoretisk kunskap om och har fått öva på katastrofmedicinska situationer, gärna interprofessionellt.⁶⁸

Det är motiverat att införa ändringar i examensordningarna

Utredningen anser att ämnesområdet katastrofmedicin bör införas som en obligatorisk del i grundutbildningen till läkare och sjuksköterska. Det är en viktig del i att stärka hälso- och sjukvårdens beredskap för att ta hand om många samtidigt skadade eller sjuka, både i fredstid och i höjd beredskap och krig. Kunskap i katastrofmedicin, som ger en mental förberedelse och metoder för hur hälso- och sjukvård kan bedrivas med otillräckliga resurser, kan bidra till ökad

⁶⁷ Socialstyrelsen (2015), *Traumavård vid allvarlig händelse*, artikelnummer 2015-11-5, s. 51.

⁶⁸ Karin Hugelius, Yohan Robinson, Johan von Schreeb och Andreas Wladis, "Katastrofmedicin måste bli obligatorisk utbildning", *DN Debatt* 2020-07-13.

patientsäkerhet vid samhällsstörningar i fredstid. Det kan exempelvis gälla vid stora olyckor, terrorattentat, pandemi, extremväder eller vid längre elbortfall när teknisk utrustning som sjukvården arbetar med till vardags kanske inte finns tillgänglig. Det behöver därför finnas en grundläggande kunskap hos all hälso- och sjukvårdspersonal i hur sjukvården kan bedrivas med alternativa resurssparande metoder.

Regeringen har i propositionen Totalförsvaret 2021–2025 konstaterat att all berörd vårdpersonal behöver få den utbildning och övning som krävs för att sjukvården ska kunna lösa sina uppgifter i kris och krig, vilket även kan innefatta eventuella förändrade eller förenklade behandlingsmetoder.⁶⁹ Utredningen har tidigare i delbetänkandet Hälso- och sjukvård i det civila försvaret (SOU 2020:23) konstaterat att införande av ämnet katastrofmedicin i grundutbildningen för hälso- och sjukvårdspersonal är en förutsättning för en fungerande krisberedskap i vardagen och för befolkningens säkerhet och trygghet i krig.

Utredningen konstaterade i vårt första delbetänkande våren 2020 att det finns två sätt att få in ämnet katastrofmedicin i grundutbildningen för läkare och sjuksköterskor. Det ena sättet är att föreslå en ändring i högskoleförordningens examensbeskrivningar för läkar- och sjuksköterskeexamen. Det andra sättet, som utredningen förordade vid det tillfället, är att lärosätena på frivillig basis i samverkan med Socialstyrelsen tar fram kunskapsmål för sådan utbildning och ser till att det införs i grundutbildningarna för läkare och sjuksköterskor. Utredningen framhöll då att vi kommer att följa denna fråga och vid behov återkomma med förslag kring detta i slutbetänkandet.⁷⁰

Det har nu gått snart två år sedan delbetänkandet överlämnades och vi kan inte se att något sådant strukturerat arbete med att ta fram kunskapsmål har påbörjats. Antalet undervisningstimmar i ämnet katastrofmedicin har ökat på flera lärosäten, men ingår inte på alla lärosäten och är i flera fall fortfarande begränsat till ett fåtal timmar.

Utredningen anser att ämnesområdet katastrofmedicin bör införas som en obligatorisk del i grundutbildningen till läkare och sjuksköterska. Det är en viktig del i att stärka hälso- och sjukvårdens beredskap för att ta hand om många samtidigt skadade eller sjuka, både i fredstid och i höjd beredskap och krig. För att uppnå en likvärdig grundläggande kunskapsnivå i ämnet katastrofmedicin anser

⁶⁹ Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30), s. 141.

⁷⁰ Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning (SOU 2020:23), s. 203–204.

utredningen att det behöver anges som ett tydligt mål i examensordningarna för läkare och sjuksköterskor. Det bör därför göras en ändring i bilaga 2 till högskoleförordningen. För läkarutbildningen bör det införas under rubriken ”färdighet och förmåga” och formuleras så att studenten ska visa förmåga att självständigt diagnostisera och inleda behandling av akuta livshotande tillstånd liksom att initialt prioritera och behandla tillstånd under katastrof och masskadesituationer, samt visa förmåga att tjänstgöra i sjukvårdsorganisationen för katastrof och masskadesituationer,

För sjuksköterskeexamen bör det också införas under rubriken ”färdighet och förmåga” och formuleras så att studenten ska visa förmåga att självständigt, utifrån symtom, inleda omhändertagande av akuta livshotande tillstånd liksom att initialt prioritera och behandla tillstånd under katastrof och masskadesituationer, samt visa förmåga att tjänstgöra i sjukvårdsorganisationen för katastrof och masskadesituationer.

I högskoleförordningen (1993:100), bilaga 2, examensordning för specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesijukvård, intensivvård, operationssjukvård samt ambulanssjukvård står att studenten ska visa förmåga att tillämpa sina specialistkunskaper vid stora olyckor och katastrofer. Ovan nämnda inriktning saknas i examensmålen för övriga specialistsjuksköterskeutbildningar. Då specialistkunskaper ska tillämpas för ovan nämnda specialistsjuksköterskor innebär det att ny kunskap förvärfvas och därmed kan utredningens förslag avseende examensmålen i grundutbildning för sjuksköterskor även utgöra en bas för eventuellt fortsatta studier till specialistsjuksköterska.

Utredningen skriver i förslaget om tillägg i grundutbildningen att förmågan ska finnas vid katastrof och masskadesituationer. Utredningen föreslår därför att en översyn för att ensa begreppen även i berörda specialistsjuksköterskeexamen där stora olyckor och katastrof anges.

9.4 Forskning och kunskapscentrum

Bedömning: Kunskap inom området katastrofmedicin är fortsatt viktig. Eftersom det finns en risk för att sådan forskning trängs undan till förmån för annan forskning behöver det även framöver avsättas särskilda medel för forskning och nyttiggörande av kunskap på området.

Förslag: Regeringen ska inrätta ett särskilt forskningsanslag för katastrofmedicin. Medel för detta finns sedan tidigare i Socialstyrelsens ramanslag. Inriktningen på forskningen behöver beslutas nationellt utifrån hälso- och sjukvårdens och totalförsvarets behov. Socialstyrelsen bör besluta om sådana satsningar. Medelstildelningen kan genomföras genom riktade utlysningar. Viss del av medelstildelningen bör vara riktade mot att sprida kunskap och stödja Socialstyrelsens nationella arbete.

Socialstyrelsen bör vidare inrätta ett katastrofmedicinskt råd med ledande företrädare för den katastrofmedicinska expertisen. Det katastrofmedicinska rådet bör fungera som expertstöd till myndigheten i frågor av betydelse för utvecklingen av hälso- och sjukvårdens beredskap. Det katastrofmedicinska rådet kompletterar det av utredningen föreslagna beredskapsrådet (se avsnitt 5.2.1).

Socialstyrelsen har enligt myndighetens instruktion ett samlat ansvar för att expertis utvecklas och upprätthålls samt att kunskap sprids om katastrofmedicin och krisberedskap inom myndighetens verksamhetsområde. Myndigheten ska verka för att expertis inom dessa områden står till samhällets förfogande vid kriser och katastrofer.⁷¹ Inom ramen för detta uppdrag får Socialstyrelsen finansiera verksamhet som bedrivs vid kunskapscentrum. Myndigheten har under många år anlitat kunskapscentrum för sådana uppdrag. Enligt myndighetens instruktion är det Socialstyrelsen som ska besluta om inriktningen för sådan verksamhet som finansieras av myndigheten och som ska stödja och följa upp verksamheten och se till att den bedrivs effektivt. Vilken effekt och nytta utbetalade medel har tillfört hälso- och sjukvården och hur dessa medel har använts i förhållande till annan finansiering som kunskapscentren fått har inte all-

⁷¹ 8 § förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

tid varit lätt att utvärdera. På senare år har även Socialstyrelsens metod för att anlita kunskapscentren varit omdiskuterad. Nedan redogör utredningen för varför det har avsatts särskilda statliga medel för katastrofmedicinsk forskning, det fortsatta behovet av sådana medel samt om det finns anledning att förändra formerna för utbetalning av sådana statliga medel.

Vad är kunskapscentrum?

Inom hälso- och sjukvårdsområdet inrättas kunskapscentrum i olika sammanhang då satsningar på kompetens och kunskap i någon form koncentreras t.ex. inom en region, samverkansregion eller nationellt. Det finns ingen enhetlig definition av vad ett kunskapscentrum är. Begreppet är inte definierat i lag och finns inte heller i Rikstermbanken. Det finns inte heller några särskilda nationella strukturer för att hålla ihop arbete med kunskapscentrum. Det är inte ett enhetligt nationellt koncept. Ibland benämns kunskapscentrum inom sjukvården också kompetenscentrum, vilket kan vara synonymt med kunskapscentrum eller ha en något bredare profil och vara mer tvärprofessionellt.

Region Stockholm har till exempel ett flertal olika kunskapscentrum, exempelvis kunskapscentrum för psykisk ohälsa som knyter ihop satsningar på utbildning, uppföljning och forskning kring psykisk ohälsa. Den kanske mest kända satsningen på kunskapscentrum inom samverkansregionerna är de sex regionala cancercentrumen som håller ihop vården ur flera aspekter på cancerområdet, inklusive forskning. Region Jämtland Härjedalen, Region Norrbotten, Region Västerbotten och Region Dalarna har också tillsammans med Sametinget och andra aktörer tagit fram en strategi för samisk hälsa som avser perioden 2020–2030 och som bland annat innebär att ett kunskapscentrum för samisk hälsa för närvarande håller på att utvecklas i Jokkmokk.⁷² Listan kan göras lång.

Socialstyrelsen redovisar i sin årsredovisning för år 2021 satsningar på kunskapscentrum. Under åren 2017 till 2020 drev Socialstyrelsen ett nationellt kunskapscentrum för ensamkommande barn och unga.⁷³ Socialstyrelsen bedriver också med stöd av ett regeringsuppdrag två

⁷² Socialstyrelsen (2021): Årsredovisning för 2020, s. 16.

⁷³ Uppdrag att inrätta ett nationellt kunskapscentrum om ensamkommande barn och unga inom Socialstyrelsen (S2017/01863/FST [delvis]).

nationella kompetenscentrum för anhörigstöd samt inom demensområdet.⁷⁴

Vad utredningen kunnat identifiera finns inga kunskapscentrum kopplade till någon av de andra myndigheterna på hälso- och sjukvårdsområdet. Nationella kunskapscentrum finns däremot även på andra samhällsområden, exempelvis har regeringen aviserat inrättandet av ett kunskapscentrum om Kina vid Utrikespolitiska Institutet.⁷⁵ Det är också vanligt förekommande med motioner i riksdagen om inrättande av kunskapscentrum i olika frågor, t.ex. om inrättande av ett kunskapscenter mot rasism⁷⁶ eller om patientsäkerhet⁷⁷ för att nämna några.

Socialstyrelsens arbete med att säkerställa expertis och sprida kunskap inom området katastrofmedicin

Som angavs i inledningen har Socialstyrelsen enligt 8 § förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen ett samlat ansvar för att expertis utvecklas och upprätthålls samt att kunskap sprids om katastrofmedicin och krisberedskap inom myndighetens verksamhetsområde. Myndigheten ska därför verka för att expertis inom dessa områden står till samhällets förfogande vid kriser och katastrofer. Inom ramen för detta får Socialstyrelsen finansiera verksamhet som bedrivs i kunskapscentrum vid de myndigheter som valts ut av myndigheten i syfte att upprätthålla kvalificerad nationell kompetens inom katastrofmedicin och krisberedskap. Socialstyrelsen ska besluta om inriktningen för sådan verksamhet som avses ovan och som finansieras av myndigheten samt stödja och följa upp verksamheten och se till att den bedrivs effektivt.

Bestämmelsen infördes i december år 2011 i dåvarande förordning (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen. Bakgrunden till bestämmelsen återfinns i budgetpropositionen för år 2012 samt har stöd i en av regeringen beställd myndighetsanalys av Socialstyrelsen genomförd av Statskontoret, se vidare nedan.^{78,79}

⁷⁴ Uppdrag avseende nationella kompetenscentrum för anhörigstöd samt inom demensområdet m.m. (S2015/3491/FST).

⁷⁵ Arbetet i frågor som rör Kina (Skr. 2019/20:18), s. 3.

⁷⁶ Motion 2014/15:498.

⁷⁷ Motion 2017/18:1703.

⁷⁸ Förslag till statens budget för 2012, Hälsovård, sjukvård och social omsorg (prop. 2011/12:1), UO 9 s. 82–83.

⁷⁹ Statskontoret (2011): *Myndighetsanalys av Socialstyrelsen* (dnr 2010/213-5).

Kunskapscentrum i katastrofmedicin

Förslaget om att inrätta kunskaps- och forskningscentra inom katastrofmedicin kom, enligt vad som framgår av budgetpropositionen för år 2012, ursprungligen från Socialstyrelsen själva mot bakgrund av vad som kom fram i försvarsberedningens rapport *Förändrad omvärld – omdanat försvar* och i regeringens proposition med samma namn.^{80,81} Socialstyrelsen hade också konstaterat att forsknings och utvecklingsverksamheten inom det katastrofmedicinska området prioriterades lågt i konkurrens med annan forskning.⁸² Därmed fanns behov av stimulanser. Socialstyrelsen inrättade därför under tidigt 2000-tal ett antal kunskapscentrum runt om i landet, med uppgift att utveckla, bevaka och samordna kunskap om krisberedskap inom det medicinska fältet.⁸³

Fram till år 2012 finansierades kunskapscentrumen genom medel från anslag 2:4 Krisberedskap inom utgiftsområde 6 Försvar och samhällets krisberedskap. Genom de nya finansieringsprinciper för anslaget 2:4 Krisberedskap föll verksamheten vid kunskapscentrum utanför ramen.⁸⁴ Regeringen bedömde ändå att den verksamhet som bedrevs vid kunskapscentrum var unik för den svenska krisberedskapen och skulle fortsätta. Därför överfördes 19 miljoner kronor från anslaget 2:4 Krisberedskap inom utgiftsområde 6 Försvar och samhällets krisberedskap till en ny anslagspost under anslag 7:1 Socialstyrelsen. Vad utredningen kan finna finns ingen särskild anslagspost i regleringsbrevet för år 2012 eller senare utan summan ingår i stället i ramanslaget.⁸⁵

Då överföringen av medel ansågs innebära ett formaliserat ansvar för Socialstyrelsen meddelade regeringen att detta skulle anges i myndighetens instruktion, vilket alltså även infördes genom nuvarande 8 §.⁸⁶ Regeringen avsåg vidare att ge Socialstyrelsen i uppdrag att utforma en långsiktig strategi för kunskapscentrumens verksamhet samt att utarbeta rutiner för uppföljning, kunskapsspridning och erfaren-

⁸⁰ *Förändrad omvärld – omdanat försvar* (Ds 1999:2).

⁸¹ *Förändrad omvärld – omdanat försvar* (prop. 1998/99:74).

⁸² Socialstyrelsen (2015): *Socialstyrelsens kunskapscentrum i katastrofmedicin – Lägesrapport och framtida inriktning* (artikelnummer2015-3-6), s. 13.

⁸³ Förslag till statens budget för 2012, Hälsovård, sjukvård och social omsorg (prop. 2011/12:1), UO 9 s. 82–83.

⁸⁴ (Prop. 2009/10:1, bet. 2009/10: FöU1, rskr. 2009/10:104).

⁸⁵ Regleringsbrev för budgetåret 2012 avseende Socialstyrelsen (S2012/7250/SAM).

⁸⁶ SFS 2011:1578 Förordning om ändring i förordningen (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen.

hetsåterföring på området. Det kan konstateras att den föreslagna ordningen också stöds av den rapport som Statskontoret tog fram. Utredningen har inte kunnat finna vare sig det i budgetpropositionen aviserade uppdraget till Socialstyrelsen eller någon redovisning av detta. Däremot har Socialstyrelsen år 2015, på eget initiativ tagit fram en lägesrapport och framtida inriktning för verksamheten.⁸⁷

Medicinska expertgrupper för krisberedskap och katastrofmedicin

Socialstyrelsen har, som beskrivits i avsnitt 7.2.3, också medicinska expertgrupper inom området krisberedskap och katastrofmedicin. Även dessa finansierades ursprungligen med 2:4-medel och berördes därmed av det förändrade principerna för anslagets användande.

Regeringen angav i samma proposition som ovan att det expertstöd som de medicinska expertgrupperna besitter snabbt ska kunna utgöra en beredskapsresurs både nationellt och internationellt. De medicinska expertgrupperna utgör enligt regeringen ett unikt expertstöd för samhället som kan användas vid allvarliga händelser med kemikalier eller radionukleära ämnen. Utan dessa expertstöd reduceras i hög grad samhällets operativa förmåga att hantera allvarliga händelser inom respektive expertområde.⁸⁸ Regeringens bedömning ska antagligen ses mot bakgrund både av händelserna i Thailand år 2004 och trippelkatastrofen med kärnteknisk olycka i Japan år 2011.

Då medicinska expertgrupper också föll utanför ramen för de nya finansieringsprinciperna för anslaget 2:4 Krisberedskap inom utgiftsområde 6 Försvar och samhällets krisberedskap överfördes 1,7 miljoner kronor från anslaget 2:4 Krisberedskap till en ny anslagspost under anslag 7:1 Socialstyrelsen. Vad utredningen kan finna finns ingen särskild anslagspost i regeringsbrevet för år 2012 utan summan ingår i ramanslaget.⁸⁹ Regeringen avsåg vidare att ange även ansvaret för de medicinska expertgrupperna i Socialstyrelsens instruktion, vilket också skedde genom att det ryms inom tillägget av ”myndigheten ska därför

⁸⁷ Socialstyrelsen (2015): *Socialstyrelsens kunskapscentrum i katastrofmedicin – Lägesrapport och framtida inriktning* (artikelnummer 2015-3-6).

⁸⁸ Förslag till statens budget för 2012, Hälsovård, sjukvård och social omsorg (prop. 2011/12:1), UO 9 s. 82–83.

⁸⁹ Regleringsbrev för budgetåret 2012 avseende Socialstyrelsen (S2012/7250/SAM).

*verka för att expertis inom dessa områden står till samhällets förfogande vid kriser och katastrofer”.*⁹⁰

Vetenskapliga råd

Socialstyrelsen har utöver kunskapscentrum i katastrofmedicin och expertstöd möjligheten att inrätta olika råd. Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga, sociala och medicinska frågor (Rättsliga rådet) är t.ex. ett obligatoriskt beslutsorgan som anges i myndighetens instruktion.⁹¹ Rådet för styrning med kunskap grundar sig förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. I rådet ingår förutom Socialstyrelsen ytterligare ett antal myndigheter. Utöver detta har myndigheten själva eller tillsammans med andra valt att inrätta fler olika råd, bl.a. e-hälsorådet eller etiska rådet. Därutöver har myndigheten flera vetenskapliga råd. Vetenskapliga råd skiljer sig från övriga råd då de är enskilda personer och inte en grupp. Det vetenskapliga rådets uppdrag är att vid behov tillhandahålla kunskapsunderlag, expertutlåtanden, bedömningar eller motsvarande, särskilt vad gäller utrednings- och utvecklingsarbete, handläggning av ärenden eller medverkan i brådskande frågor och ärenden. Tillsättningen av vetenskapliga råd följer en av myndigheten fastslagen rutin.⁹² Myndigheten har i dag två vetenskapliga råd inom området krisberedskap och katastrofmedicin.

De vetenskapliga råden skiljer sig från de medicinska expertgrupperna ovan genom att de fokuserar mer på den akademiska eller vetenskapliga delen medan expertgrupperna är mer operativa.

Kunskapscentrum inom katastrofmedicin i dag

Som framgår ovan har kunskapscentrum inom katastrofmedicin funnits sedan tidigt 2000-tal. I dag svarar kunskapscentra mot tre syften,

- bidra till forskning och utveckling inom området katastrofmedicin,
- bidra till Socialstyrelsens arbete med risk- och sårbarhetsanalyser genom omvärldsbevakningsarbete samt

⁹⁰ SFS 2011:1578 Förordning om ändring i förordningen (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen.

⁹¹ 18 § förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

⁹² Socialstyrelsen (2012): *Rutin för vetenskapliga råd* (dnr 5.4-6725/2011).

- utgöra en kunskapsresurs för Socialstyrelsen och för det svenska krishanteringssystemet i stort.⁹³

Fram till år 2019 finansierade Socialstyrelsen delar av verksamheten vid sex olika kunskapscentrum för katastrofmedicin:⁹⁴

- Kunskapscentrum för katastrofmedicin i Linköping.
- Kunskapscentrum för katastrofmedicin i Stockholm.
- Kunskapscentrum för katastrofmedicin i Umeå.
- Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri (Uppsala).
- Kunskapscentrum för katastroftoxikologi (Umeå).
- Kunskapscentrum för strålningsmedicin vid katastrofer (Stockholm).

Fram till år 2019 träffade Socialstyrelsen treåriga överenskommelser eller avtal som på en övergripande nivå beskrev åtagandena och formerna för centrumverksamheten.⁹⁵ Centrumen förestods av en programdirektör med uppgift att planera och leda verksamheten. Programdirektören skulle vara vetenskapligt välmeriterad, gärna docent.⁹⁶

För att beskriva och inrikta det konkreta innehållet i verksamheten på projektnivå lämnade kunskapscentrumen årligen in projektansökningar för det kommande årets verksamhet. Ansökningarna granskades av en extern rådgivande bedömningsgrupp men beslut om tilldelning av medel fattades av Socialstyrelsen.⁹⁷ Socialstyrelsen hade också ett expert- och forskningsråd med bred sammansättning knutet till myndigheten⁹⁸

Förutom vetenskaplig forskning och utveckling har verksamheten vid kunskapscentra bland annat inkluderat att utföra omvärldsanalyser och att lämna expertstöd till myndigheten (sammantaget cirka 75 procent av medlen). Medel har också utbetalats för att förestå själva centrat (cirka 25 procent av medlen). Målsättningen har varit att ny kunskap ska tas fram och spridas som på sikt kan stärka

⁹³ Socialstyrelsen (2015): Socialstyrelsens kunskapscentrum i katastrofmedicin – Lägesrapport och framtida inriktning (artikelnummer 2015-3-6), s. 13.

⁹⁴ A.a.

⁹⁵ A.a., s. 29.

⁹⁶ A.a., s. 25.

⁹⁷ A.a., s. 29.

⁹⁸ A.a., s. 30.

den svenska hälso- och sjukvårdens beredskap inför särskilda händelser.⁹⁹

Under år 2018 påbörjade Socialstyrelsen en omfattande omstrukturering av processen för styrning och finansiering av kunskapscentrum och forskning inom katastrofmedicin. Socialstyrelsen såg ett behov av att bättre styra hur medlen användes så att den forskning som genomfördes tydligare svarar mot de behov som finns i samhället. Efter en dom¹⁰⁰ i kammarrätten år 2017 med bäring på lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, ofta förkortad LOU, gjorde Socialstyrelsen bedömningen att verksamheten med kunskapscentrum och forskning måste upphandlas.

Efter en omfattande upphandlingsprocess tecknade Socialstyrelsen i september år 2019 ramavtal inom två ramavtalsområden; *kunskapscentrum och expertstöd* respektive *forskning och utvecklingsprojekt*. Varje ramavtalsområde delades in i sex olika delområden; global katastrofmedicin och internationella insatser, prehospital vård vid komplexa skadeområden, psykotraumatologi, strålningsmedicin, toxikologi och traumatologi. Socialstyrelsen har tecknat ramavtal med en till tre leverantörer inom fyra av dessa delområden. Inom områdena strålningsmedicin och toxikologi saknas dock avtal. Därmed saknas möjligheten att avropa kunskapscentrum, expertstöd samt forskningsuppdrag inom dessa områden.

Socialstyrelsen har i den ovanstående upphandlingen valt att teckna ramavtal med flera leverantörer inom samma område. För sådana ramavtal måste det fastställas hur tilldelning ska ske till en enskild leverantör. Generellt finns två metoder för detta, endera används en fördelningsnyckel med fastställda villkor (t.ex. rangordning, turordning eller den enskildes behov) eller så används förnyad konkurrensutsättning. Förnyad konkurrensutsättning innebär att det vid varje avrop genomförs en ”miniupphandling” mellan de tilldelade leverantörerna på det specifika området. Syftet med den förnyade konkurrensutsättningen brukar vara att skapa en bättre affär för beställaren. Man tecknar avtal med och beställer av den leverantör som bäst uppfyller kraven. Kortfattat innebär det alltså att för varje avrop (t.ex. forskningsuppdrag) ska leverantörerna lämna nytt anbud.

Efter förnyad konkurrensutsättning inom området kunskapscentrum och expertstöd har kontrakt tecknats med Karolinska institutet,

⁹⁹ www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/krisberedskap/kunskapscentrum, besökt 2021-09-23.

¹⁰⁰ Kammarrätten i Stockholm, mål nr 7355-16.

Region Östergötland och Uppsala universitet inom kunskapsområdena global katastrofmedicin och internationella insatser, psykotraumatologi, prehospital vård vid komplexa händelser samt traumatologi. Inga ytterligare avrop har hittills gjorts vare sig vad avser kunskapscentrum, expertstöd eller forskningsuppdrag.¹⁰¹

Konsekvenser av det förändrade arbets sättet

Upphandlingsprocessen har vad utredningen uppfattar inte avlöp helt friktionsfritt. Anbudsgivarna, i huvudsak universitet, är inte vana vid att forskning och kunskapscentrum upphandlas på det ovan redovisade sättet. En av anbudsgivarna, ett universitet, överklagade tilldelningen inom område. Ärendet har prövats av Högsta förvaltningsdomstolen som fastslagit att myndigheter förvisso kan behöva upphandla varor och tjänster men att statliga myndigheter inte kan ingå rättsligt bindande kontrakt med andra statliga myndigheter då de utgör samma juridiska person.¹⁰² Högsta förvaltningsdomstolen avvisade därför universitets invändning med motiveringen att det inte har talerätt och därför inte kan begära överprövning av tilldelningsbeslutet.

Utredningen kan konstatera att det upphandlingsrättsliga regelverket är komplicerat. Den nya domen i Högsta förvaltningsdomstolen kommer förhoppningsvis framöver klargöra vad som gäller vid upphandlingar mellan statliga myndigheter.

Utredningen kan konstatera att Socialstyrelsens beslut att upphandla kunskapscentra skapat missnöje inom akademien och vållat en hel del administrativt arbete. Det kan också ifrågasättas vilken marknad och vilka aktörer som skulle kunna missgynnas om upphandling inte genomförs. Aktörerna på området utgörs av universitet, statliga myndigheter (t.ex. FOI) och regioner. Eftersom forskningen i många fall avser klinisk forskning finns det ofta två möjliga avtalsparter, universitetet eller regioner. I det aktuella fallen har Region Östergötland valt att organisera verksamheten vid regionen i stället för vid Linköpings universitet, de övriga har valt att organisera verksamheten vid universitetet. Detta ska vad utredningen förstår ha påverkat valet av upphandling.

¹⁰¹ Svar från Socialstyrelsen på fråga från utredningen, 2022-01-27.

¹⁰² Högsta förvaltningsdomstolen, mål nr 4998-20.

Man kan enligt utredningen fundera över om den valda metoden är ändamålsenlig. Utredningen känner inte till att metoden förekommer i övrigt för statlig finansiering av forskning (se vidare nedan om forskningsfinansiering) om inte forskningen som köps är inkom för den egna myndighetens behov. Förnyade konkurrensutsättningar riskerar också att bli administrativt tunga och kan överprövas fram till det att avtal tecknas (dock kan statliga aktörer enligt ovan nämnda dom ändå inte överklaga).

Vad utredningen erfar har upphandlingsförfarandet generat en konkurrenssituation mellan katastrofmedicinska enheter och lärosäten i landet. Enligt aktörerna underminerar detta sammanhållning och vetenskapligt utbyte inom katastrofmedicin-Sverige. Den tidigare etablerade samverkan mellan de olika katastrofmedicinska kunskapscentren har försämrats vilket skapat frustration och splittring. Som en reaktion på ovanstående har aktörerna under år 2021 bildat ett eget katastrofmedicinskt råd, fristående från Socialstyrelsen.

De tidigare överenskommelserna eller avtalen med Socialstyrelsen innebar att alla kunskapscentrumen fick en grundfinansiering som täckte vissa allmänna kostnader under avtalsperioden. Då fanns sex kunskapscentrum. I dag erhåller de tre kunskapscentrum som tilldelats kontrakt vid den förnyade konkurrensutsättningen 700 000 kronor årligen för att täcka kostnaderna för tjänsten *kunskapscentrum* som bl.a. omfattar att bedriva omvärldsbevakning och analys, utgöra en expertfunktion och verka för att kunskap inom kunskapsområdet sprids till relevanta målgrupper. Eftersom inga forskningsuppdrag avropats har inte heller några medel utbetalats för forskning. Socialstyrelsen konstaterade själva i lägesrapporten år 2015 att de då treåriga avtalen hade en svaghet i att de inte medgav finansiering för t.ex. en doktorand under hela utbildningstiden.¹⁰³ Den ovanstående modellen verkar inte heller erbjuda några lösningar på detta.

Avslutningsvis kan utredningen konstatera att det hittills inte gjorts något avrop avseende forskning och utveckling men att det kanske allvarligaste problemet just nu är att det saknas kunskapscentrum inom två områden, toxikologi och strålningsmedicin. Båda dessa områden är sådana som starkt anknyter till frågor om CBRN och kärntekniska olyckor.

¹⁰³ Socialstyrelsen (2015): *Socialstyrelsens kunskapscentrum i katastrofmedicin – Lägesrapport och framtida inriktning* (artikelnummer 2015-3-6), s. 31.

Varför behövs kunskapscentrum i katastrofmedicin?

Katastrofmedicinen som disciplin är relativt ung då den inrättades så sent som på 1970-talet. När Socialstyrelsen påbörjade insatserna för att stärka den katastrofmedicinska forskningen och utvecklingen i början av 2000-talet var området outvecklat. Sedan dess har området växt och i dag finns flera professorer inrättade med anknytning till området. Det innebär att det i dag enligt Socialstyrelsen i större grad bedrivs forskning utanför de satsningar som Socialstyrelsen gör. Detta är naturligtvis positivt. Det innebär att forskarna även har tillgång till de olika forskningsanslag som finns via andra forskningsfinansierare i den mån de rymmer katastrofmedicinsk forskning.

De grundläggande skäl som fanns för inrättande av katastrofmedicinska kunskapscentrum i början av 2000-talet gäller enligt utredningen alltså. Det fortsatta behovet av särskilda medel för att stimulera forskning och utveckling på området konstaterades också av Socialstyrelsen i lägesrapporten om de katastrofmedicinska centrumen år 2015 även om myndigheten även gav uttryck för behovet av att kunskapscentrum skulle bidra till Socialstyrelsens arbete med risk- och sårbarhetsanalyser genom omvärldsbevakningsarbete och utgöra en kunskapsresurs för Socialstyrelsen och för det svenska krishanteringssystemet i stort.

Det är utredningens uppfattning att katastrofmedicinsk forskning är av stor betydelse för samhällets säkerhet och fortfarande riskerar att prioriteras ned i förhållande till annan forskning om inte särskilda medel tillförs. Det finns också enligt utredningen ett stort behov av att kunna inrikta forskningen på de behov som t.ex. Socialstyrelsen eller andra aktörer identifierar. Det är inte givet att denna forskning kommer till stånd om aktörerna själva väljer vilken forskning de vill bedriva och söka medel för. Även om Socialstyrelsen inte kan tvinga någon att utföra viss forskning utgör medlen en stark styrsignal.

Katastrofmedicinsk beredskap utgör precis som krisberedskap i stort en sorts försäkring. Kunskap i eller om katastrofmedicin är något som behövs vid stora påfrestningar på hälso- och sjukvården i fred såväl som i höjd beredskap. Sådana händelser inträffar som tur är mycket sällan. Det finns därför en reell risk i att kunskapsrelaterade insatser på området prioriteras ned till förmån för andra kunskapsrelaterade insatser som behövs i den vardagliga hälso- och sjuk-

vården. På så sätt skiljer sig inte satsningar på kunskap inom katastrofmedicin från övriga satsningar på krisberedskap.

Som framgår av Socialstyrelsens instruktion består uppdraget i 8 § av flera olika delar. Dels handlar det om att myndigheten har ett ansvar för att expertis utvecklas och upprätthålls, dels att kunskap sprids om katastrofmedicin och krisberedskap inom myndighetens verksamhetsområde. Därutöver ska myndigheten verka för att expertis finns till samhällets förfogande vid kriser och katastrofer. Avslutningsvis finns en möjlighet för myndigheten att finansiera verksamhet i form av kunskapscentra och att i så fall besluta om inriktningen för sådan verksamhet. De två första delarna är obligatoriska medan de sista är en möjlighet för myndigheten att använda medel för att finansiera extern verksamhet.

Att expertis och kunskap utvecklas inom området katastrofmedicin och krisberedskap är viktigt. Inte minst samhällsutvecklingen leder till nya hot och risker som behöver värderas ur ett katastrofmedicinskt perspektiv. Sådan expertis och kunskap bidrar då till att identifiera nya risker eller sårbarheter och utgör ett kunskapsstöd.

För att kunna möta nya hot på bästa sätt behövs ständigt ny forskning kring vilken organisation, vilket omhändertagande eller vilken behandling som ger bästa resultat och största möjliga nytta för patienterna. Precis som för alla andra medicinska områden sker inom de discipliner som är relevanta för katastrofmedicinen en utveckling av både sjukvårdsprodukter¹⁰⁴ och behandlingsprinciper som behöver utvärderas. Ovanstående förutsätter att även den medicinska vetenskapen utvecklas i stort. För att katastrofmedicinen ska kunna hålla jämna steg med utvecklingen i övrigt behöver det ständigt genereras ny kunskap. Hur behandlar vi med bästa resultat, eller på bästa sätt med knappa resurser svårt skadade personer? Hälso- och sjukvård ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Forskning blir därför ett naturligt inslag i kunskapsgenereringen, även inom katastrofmedicinen.

¹⁰⁴ Utredningen använder begreppet sjukvårdsprodukt för en rad olika produkter, se SOU 2021:19.

Behövs kunskapscentrum inom andra områden kopplat till hälso- och sjukvården?

SKR har till utredningen framfört att det kan behövas kunskapscentrum även inom andra områden av hälso- och sjukvården än katastrofmedicin t.ex. kopplat till det robusta sjukhuset, cybersäkerhet och krisberedskap för socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Utredningen delar uppfattningen att robusta sjukhus med fungerande teknisk infrastruktur är av stor betydelse för hälso- och sjukvårdens bedrivande men utredningen anser inte att det är aktuellt i nuläget att föreslå fler kunskapscentrum i den bemärkelsen som det diskuteras här, dvs. med en tydlig koppling till kunskapsgenerering och forskning. Vad gäller övriga breda satsningar på kunskap inom hälso- och sjukvård finns ett omfattande arbete inom ramen för den nationella kunskapsstyrningen (se 9.2.3). Att det behövs stöd till kommuner och regioner för hur man skapar robusta verksamheter och en verksamhet som kan stå emot cyberangrepp bör enligt utredningen i stället hanteras genom andra stödstrukturer.

Utredningen föreslog i det första delbetänkandet ett återupprättat stöd i form av SSIK-programmet för en mer robust sjukvårdsinfrastruktur.¹⁰⁵ Socialstyrelsen har nu fått ett uppdrag av regeringen att genomföra en förstudie om bl.a. hur återinförandet av programmet kan ske.¹⁰⁶ Utredningen har i avsnitt 6.2.2 pekat på vikten av att SSIK verkligen kommer igång. Det är också enligt utredningen viktigt att man inom ramen för SSIK förvaltar och utvecklar de vägledningar som tidigare tagits fram om t.ex. den robusta sjukhusbyggnaden.¹⁰⁷ Utredningen bedömer därför att det är rimligt att denna satsning först återupptas innan ytterligare satsningar föreslås. I en utvärdering av en sådan satsning bör det framkomma om det finns ytterligare behov som inte kan tas om hand inom ramen för programmet. Vad gäller stöd till forskning inom t.ex. energiområdet finns omfattande forskningssatsningar t.ex. genom Statens energimyndighet.

Vad gäller satsningar på cybersäkerhet bedömer utredningen att det är av mycket stor betydelse för alla sektorer. Utredningen har i avsnitt 6.2.1 framfört behovet av att Socialstyrelsen tar fram före-

¹⁰⁵ Hälso- och sjukvårdens förmåga i kris och krig (SOU 2020:23), s. 96.

¹⁰⁶ Uppdrag att genomföra en förstudie om programmet Sjukvårdens säkerhet i kris och krig (S2021/07152 [delvis]).

¹⁰⁷ Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2021): *Den robusta sjukhusbyggnaden – En vägledning för driftsäkra sjukhusbyggnader* (MSB1693).

skrifter utifrån lagen (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster. Behovet av ett särskilt kunskapscentrum för just hälso- och sjukvårdens cybersäkerhet måste om det ska vara aktuellt grunda sig på ett tydligt underlag. Utredningen känner inte till något sådant underlag. Det har under de senaste åren genomförts ett antal satsningar på sektorsövergripande nationella strukturer som t.ex. det nationella cybersäkerhetscenter som inrättas av Försvarets radioanstalt, Försvarsmakten, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap och Säkerhetspolisen.¹⁰⁸ Utredningen anser att man i första hand bör stödja sig på dessa sektorsövergripande strukturer och först om dessa inte kan svara upp mot de behov som finns överväga sektorsspecifika satsningar.

Forskningsresultat behöver nyttiggöras

Forskning i sig leder inte nödvändigtvis till ett bättre medicinskt omhändertagande. Det normala är att forskningsresultat tillgängliggörs genom att de t.ex. publiceras i vetenskapliga tidskrifter och/eller presenteras på vetenskapliga kongresser eller möten. För att det medicinska omhändertagandet i samband med katastrofer ska kunna utvecklas behöver forskningen omsättas till något för samhället användbart. Detta kan ske på olika sätt t.ex. genom att grundutbildningen förändras eller genom att nya rön införs i utbildningar och praktiska övningar som riktas mot färdigutbildad personal inom ramen för deras vidareutbildning eller specialisering. Att verka för nyttiggörande av forskning är en del i högskolornas uppgift.¹⁰⁹

Ny kunskap kan innebära nya metoder och arbetssätt. Sådana arbetssätt behöver för att de ska ge gott resultat tränas. Utbildning och träning blir därför också en viktig del i den kunskapsspridning som kommer av den katastrofmedicinska forskningen. Sådan utbildning och träning kan i vissa fall ske i anslutning till de katastrofmedicinska centrum som finns i landet. Det kan också göras genom att även ta fram andra typer av publikationer som är mer handgripliga och riktar sig direkt till den vårdpersonal som ska utföra vården.

¹⁰⁸ Uppdrag om fördjupad samverkan inom cybersäkerhetsområdet genom ett nationellt cybersäkerhetscenter (Fö 2019/01330) samt uppdrag till Myndigheten för samhällsskydd och beredskap att vidta förberedelser för att bli nationellt samordningscenter kopplat till det europeiska kompetenscentret för cybersäkerhet (Ju2021/03097).

¹⁰⁹ 1 kap. 2 § högskolelagen (1992:1434).

Forskning inom katastrofmedicin innebär nödvändigtvis inte heller enbart rena medicinska färdigheter utan kan även omfatta t.ex. organisatoriska frågor. Forskning kan också utgöras av sammanställningar av stora mängder redan publicerad forskning i metaanalyser eller systematiska översiktsartiklar. Resultatet av forskning som visar på organisatoriska effekter kan t.ex. föras in i olika typer av lednings- eller simuleringsövningar eller i samband med att myndighetsföreskrifter ses över. Konklusioner från olika rapporter kan också behöva integreras i planverk eller utgöra grund för utvecklingsbehov som behöver föras in i processen för totalförvarsplanering (se avsnitt 5.1).

Avslutningsvis kan sägas att inte enbart Socialstyrelsen behöver få tillgång till den kunskap som genereras. Samtliga regioner behöver få tillgång till kunskapen och underlagen. Det innebär att en del av de resurser som avsätts för katastrofmedicinska kunskapscentrum bör finnas tillgänglig för att kunna stödja övriga regioner som inte har denna kunskap så att även dessa når en nivå på sin kunskap som behövs för att hantera katastrofmedicinska situationer. Det kan bland annat skapas genom att Socialstyrelsen samlar information, länkar, vägledningar, utbildningar, utbildningsmateriel m.m. på en gemensam webbsida för katastrofmedicin och hälso- och sjukvårdens beredskap.

Vem styr över vilken forskning som behövs?

Forskning delas traditionellt upp i grundforskning och tillämpad eller behovsmotiverad forskning. Grundforskning innebär systematiskt och metodiskt sökande efter ny kunskap och nya idéer utan någon bestämd tillämpning i sikte.¹¹⁰ Tillämpad forskning beskrivs som ett systematiskt och metodiskt sökande efter ny kunskap och nya idéer med en bestämd tillämpning i sikte.¹¹¹ Regeringen pratar ibland om behovsmotiverad eller behovsstyrd forskning i styrningen av forskningsfinansierarna. Behovsmotiverad eller behovsstyrd forskning ligger vanligen närmare den tillämpade forskningen än grundforskningen.

När det gäller forskning inom katastrofmedicin är det den tillämpade eller behovsmotiverade forskningen som står i centrum. Medicinsk grundforskning kan förvisso ligga till grund även för ut-

¹¹⁰ Nationalencyklopedin, grundforskning. www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/grundforskning, besökt 2021-10-25.

¹¹¹ Nationalencyklopedin, forskning. www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/forskning, besökt 2021-10-25.

veckling av den katastrofmedicinska kunskapen i ett senare skede, men när det kommer till den forskning som behöver genereras för att stödja samhället i att hantera svåra påfrestningar och många skadade är det den behovsmotiverade forskningen. De behov som kan behöva tillgodoses är t.ex. att hitta ett resurseffektivt sätt att stoppa blödning, att identifiera vilka skadetyper som förekommer hos militär eller civil personal i moderna krig, vilka skador som kan uppkomma som effekt av klimatförändringar osv. Det kan också vara viktigt att kunna svara på frågor om hur man bäst organiserar sig för att möta en masskadehändelse eller vilket triage-system som ger det ”bästa” utfallet. Behoven kan också vara att göra en kunskapsöversikt inom ett visst område eller sammanställa en rapport utifrån en internationell katastrof. Även t.ex. hur man bäst behandlar personer skadade med olika CBRN-ämnen kan utgöra relevanta forskningsområden.

De ekonomiska medel som kan avsättas för katastrofmedicinsk forskning är naturligtvis, som alla andra resurser, begränsade. Därmed behöver det genomföras avvägningar av vad som är mest relevant att forska på. Sådana avvägningar måste grunda sig i samhällets behov t.ex. genom analyser av risk- och sårbarhetsanalyser eller de planeringsanvisningar som tas fram för totalförsvaret. Forskningen kan också grunda sig på andra forskningsresultat men där man ser en tydlig koppling och ett behov av att fortsätta forska eller avgöra om eller på vilket sätt resultat är giltiga även i en svensk kontext. Bedömningarna fordrar också en god kunskap om det aktuella kunskapsläget och var forskningen inom området står.

Socialstyrelsen får enligt myndighetens instruktion finansiera verksamhet som bedrivs i kunskapscentrum vid myndigheter som Socialstyrelsen valt ut i syfte att upprätthålla kvalificerad nationell kompetens inom katastrofmedicin och krisberedskap. Socialstyrelsen ska styra över inriktningen på sådan verksamhet och följa upp att den bedrivs effektivt. Detta innebär att t.ex. den forskning som bedrivs med finansiering från myndigheten ska utgå ifrån de behov som Socialstyrelsen ser på området. Sådana behov torde enligt denna utredning stå att finna i bl.a. de risk- och sårbarhetsanalyser som tas fram i kommuner och regioner, de Kamedo-rapporter¹¹² som myndigheten tar fram och i totalförvarsplaneringen. Dessa underlag torde ge gott om exempel på katastrofmedicinska händelser nationellt och

¹¹² Kamedorapporter beskrivs närmare i avsnitt 4.17.

internationellt för vilka det behövs bästa tillgängliga kunskap inom flera områden som t.ex. traumatologi, psykiatri och toxikologi. Utifrån totalförsvarsplaneringen borde det t.ex. finnas behov att ta fram och vidmakthålla kunskap om det moderna stridsfältets skadepanorama (civilt och militärt i den mån det skiljer sig) och de behandlingsmetoder som bäst används för att rädda liv i dessa situationer. Utredningen har i avsnitt 6.6.2 föreslagit satsningar på forskning kring användningen av blod. En styrning av vilken kunskap som ska tas fram torde därför fortfarande skapa goda möjligheter för de forskare som i dag är aktiva att fortsätta vara det, men med en tydligare koppling till myndighetens uppdrag och behov. Forskningen blir därmed s.k. behovsbaserad forskning.

Mot ovanstående bakgrund kan det konstateras att vilken forskning som ska bedrivas behöver avgöras av en nationell aktör med god insyn i den katastrofmedicinska forskningen.

För att det ska finnas förutsättningar att kunna svara på de olika frågeställningar som kan komma upp efter hand måste det finnas en tillräckligt god vetenskaplig bas. Det går inte att bygga kunskapen i katastrofmedicin på tillfälliga uppdrag där man förväntar sig att det ska finnas kompetenta personer som kan svara på olika frågeställningar när det behövs, om inte det finns en grund i vardagen. Grunden i svensk forskning är de svenska universiteten. Dessa har en grundläggande ekonomisk ersättning för forskning. Därtill finns ett antal alternativa vägar att finansiera forskning, dels genom privata initiativ och stiftelser, dels genom statlig finansiering via någon av forskningsfinansiärerna, t.ex. Vetenskapsrådet eller Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd. Det finns sannolikt skäl att anta att även den katastrofmedicinska forskningen till del vilar på den grundfinansiering som finns inom den medicinska forskningen, men som framgick av inledningen till detta avsnitt är en av grundtankarna bakom satsningen på katastrofmedicinska kunskapscentra att stimulera forskning som annars sannolikt blivit bortprioriterad och som utgår ifrån de behov som samhället identifierar. Det kan därför finnas skäl att säkerställa att det finns ett utrymme för sådan behovsstyrd katastrofmedicinsk forskning.

Socialstyrelsen väljer hur uppdraget om expertis och kunskapsspridning ska organiseras

Socialstyrelsen har ett tydligt uppdrag från regeringen att ansvara för att expertis utvecklas och upprätthålls samt att kunskaps sprids inom området katastrofmedicin. Detta kan myndigheten lösa på flera sätt. Ett sätt är att myndigheten själv anställer den expertis som krävs för detta. Det finns exempel på statliga myndigheter som ägnar hela eller stora delar av sin verksamhet åt forskning, exempelvis Research Institutes of Sweden (RISE), Totalförsvarets forskningsinstitut (FOI) och Svenska miljöinstitutet (IVL). Att upprätthålla spetskunskap om hälso- och sjukvård fordrar dock ofta att man har en tydlig koppling till den verksamhet där hälso- och sjukvården bedrivs. Den kliniska forskningen vid universitet och högskolor har en nära anknytning till den vård som bedrivs i regionerna. Det kan därför vara svårt att långsiktigt kunna bibehålla relevant expertkunskap och utföra forskning på detta område vid en statlig myndighet. Det finns dock tidigare exempel på hur akademisk kompetens knutits till myndigheter inom hälso- och sjukvårdsområdet, t.ex. hade f.d. Smittskyddsinstitutet professorer som var tillika anställda vid Karolinska Institutet.¹¹³

Ämnet katastrofmedicin kan delas upp i flera subdiscipliner t.ex. traumatologi, katastrofpsykiatri och katastroftoxikologi, men även andra indelningsformer används exempelvis fokus på internationella medicinska katastrofer. Expertkunskapen kring dessa olika områden är i dag spridd över svenska universitet. Ur ett katastrofmedicinskt perspektiv är t.ex. traumatologi ett ämne som är representerat på flera universitet än katastroftoxikologi. Katastroftoxikologi är starkt vid Umeå Universitet med nära anknytning till den verksamhet som Totalförsvarets Forskningsinstitut och Försvarsmakten genom Totalförsvarets Skyddscentrum har på orten, där CBRN står i fokus. Vad gäller traumatologi finns exempelvis Försvarsmaktens sjukvårdscentrum och Göteborgs Universitet på samma ort. Linköpings Universitet har ett nära samarbete med Totalförsvarets forskningsinstitut på orten med fokus på lednings- och beteendevetenskapliga frågor. Det finns därför relevans i att knyta kunskapen till dessa centra där den redan finns i en miljö kopplat till både universitet, universitetssjukhus och andra statliga myndigheter.

¹¹³ 8 § förordning (1996:609) med instruktion för Smittskyddsinstitutet.

Socialstyrelsen ska också som en del i uppdraget verka för att expertis inom katastrofmedicin och krisberedskap står till samhällets förfogande vid kriser och katastrofer. Även detta uppdrag kan myndigheten välja hur de organiserar. En del i detta uppdrag i dag är de tidigare nämnda medicinska expertgrupperna (se avsnitt 7.2.3).

Statlig finansiering av forskning

Att staten finansierar forskning genom att Socialstyrelsen upphandlar kunskapscenter är enligt utredningen en ovanlig lösning. Det finns krav på att viss forskning om resultaten uteslutande tillkommer den upphandlande myndigheten i den egna verksamheten, och den tillhandahållna tjänsten betalas helt av den upphandlande myndigheten ska upphandlas. Den forskning som här diskuteras är inte för Socialstyrelsens behov, det är forskning som är till för samhällets behov vilket också framgår av 8 § i myndighetens instruktion. Nedan beskrivs de vanligaste formerna för statlig forskningsfinansiering.

Staten finansierar på olika sätt forskning och innovation. Det finns i Sverige fyra statliga forskningsfinansiärer, Formas¹¹⁴, Forte¹¹⁵, Vetenskapsrådet och Vinnova¹¹⁶, varav de tre första är forskningsråd. Forskningsråden har till huvuduppgift att stödja grund- och/eller behovsmotiverad forskning vilket främst innebär finansiering. Vinnova kan, förutom att finansiera statlig forskning, finansiera forskning hos privata aktörer genom att myndigheten har en särskild stödordning.¹¹⁷

Det är inte enbart genom forskningsfinansiärerna som staten finansierar forskning. Forskning finansieras också t.ex. genom tilldelning av forskningsmedel direkt till universiteten. Det finns också andra myndigheter än forskningsfinansiärerna som finansierar forskning s.k. forskningsfinansierande myndigheter. Forskningsfinansierande myndigheter skiljer sig från forskningsfinansiärerna genom att deras huvuduppgift är något helt annat än att stödja forskning. De forskningsfinansierande myndigheterna har i stället som en del i sitt uppdrag att finansiera forskning inom ett visst område. De har därför också ett särskilt forskningsanslag. Exempel på forskningsfinansierande

¹¹⁴ Forskningsrådet för miljö, areella näringar och samhällsbyggande.

¹¹⁵ Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd.

¹¹⁶ Verket för innovationssystem.

¹¹⁷ Förordning (2015:208) om statligt stöd till forskning och utveckling samt innovation.

myndigheter är Energimyndigheten¹¹⁸ och Rymdstyrelsen¹¹⁹ men även MSB får använda en del av 2:4 anslaget för forskningsändamål¹²⁰. Energimyndigheten och Rymdstyrelsen har också stödordningar för att kunna stödja forskning vid företag.^{121,122} Socialstyrelsen är inte formellt en forskningsfinansierande myndighet.

Forsknings- och innovationspolitiken styrs generellt genom den s.k. forsknings- och innovationspropositionen. I denna proposition riktar sig regeringen primärt till forskningsfinansiärer och universitet då det är dessa som står för huvuddelen av stödet till forskning. Det finns dock undantag. De statliga forskningsprogram som lyfts fram nedan har i några fall hanterats genom att medel tillförts Vinnova för att sedan transfereras till en annan myndighet, exempelvis Energimyndigheten. Villkoren för forskningsanslagen i Energimyndighetens regleringsbrev knyter också tydligt an till propositionen. Såvitt utredningen kan bedöma finns det inga tydliga kopplingar mellan regeringens forsknings- och innovationsproposition och satsningarna på forskning inom katastrofmedicin

Det förekommer också samordningsfunktioner kopplade till forskningsfinansiering när denna spänner över flera olika myndigheters områden. Om så skulle anses motiverat skulle det inom en framtida beredskapssektor för hälsa, vård och omsorg kunna inrättas samordningsfunktioner, med de ansvariga myndigheterna, för finansiering av forskning som hanteras via forskningsfinansiärerna.

Utlysningar

En vanlig form av att tilldela medel för forskning i konkurrens är genom s.k. utlysningar i öppen konkurrens. Ett utlysningförfarande innebär att olika forskare eller forskargrupper söker medel som avdelats för ett specifikt område. Det är den som utlyser som sätter ramarna för ansökningsperioden, vem som kan söka, hur medlen kan användas

¹¹⁸ Se anslag 1:4 ap. 11 i Regleringsbrev för budgetåret 2021 avseende Statens energimyndighet (I2020/00582).

¹¹⁹ Se anslag 4:4 ap. 1 i Regleringsbrev för budgetåret 2021 avseende Rymdstyrelsen (U2020/06670).

¹²⁰ Se anslag 2:4, ap. 5 villkor 11 i Regleringsbrev för budgetåret 2021 avseende Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (Ju2020/03058).

¹²¹ Förordningen (2008:761) om statligt stöd till forskning och utveckling samt innovation inom energiområdet.

¹²² Förordningen (2020:1015) om statligt stöd till forskning och utveckling inom rymdområdet.

och hur det ska återrapporteras. En utlysning kan medge bidrag för en period om flera år. Tilldelade medel kan t.ex. tillåtas att användas för löner, lokaler och driftskostnader. Ansökningarna bedöms sedan av myndigheten. Ett tilldelningsbeslut inom en utlysning kan i normalfallet inte överklagas. Utlysningar kan ske både genom forskningsfinansiärer och forskningsfinansierande myndigheter.

Statliga forskningsprogram

I den forskningspolitiska propositionen år 2016 presenterades s.k. nationella forskningsprogram inom sju områden med syfte att svara upp mot regeringens mål om att möta samhällsutmaningar både i Sverige och globalt.¹²³ Bl.a. föreslog regeringen ett tioårigt nationellt forskningsprogram om klimat och ett tioårigt nationellt forskningsprogram om antibiotikaresistens. Regeringen ansåg att nationella forskningsprogram av denna typ borde utvecklas av de statliga forskningsfinansiärerna. Därigenom skulle det skapas goda förutsättningar för forskningens medverkan i att lösa samhällsutmaningar, för tvärvetenskaplig och tvärssektoriell samverkan såväl som samband mellan forskning och utbildning. Regeringen ansåg att för att de nationella forskningsprogrammen skulle kunna skapa långsiktiga planeringsförutsättningar borde programmen vara tioåriga.¹²⁴

I den senaste forsknings och innovationspropositionen förstärks många av de befintliga forskningsprogrammen och några nya läggs till.¹²⁵ Där finns bl.a. nationellt forskningsprogram om virus och pandemier samt nationellt forskningsprogram om psykisk hälsa.

Forskningsinfrastruktur

Världsledande forskning, inom alla vetenskapsområden, kräver i allt högre grad tillgång till avancerad forskningsinfrastruktur för att utföra experiment, göra observationer och analysera insamlade data. Exempel på forskningsinfrastruktur är anläggningar, instrument, kunskapssamlingar och tjänster som syftar till att utnyttjas av forskare eller forskargrupper inom grundforskning eller tillämpad forskning

¹²³ Kunskap i samverkan – för samhällets utmaningar och stärkt konkurrenskraft (prop. 2016/17:50).

¹²⁴ A.a., s. 85.

¹²⁵ Forskning, frihet framtid – kunskap och innovation för Sverige (prop. 2020/21:60).

inom alla forskningsområden.¹²⁶ Vetenskapsrådet har ett övergripande nationellt ansvar för forskningsinfrastruktur.¹²⁷ Exempel på forskningsinfrastruktur är den europeiska spallationskällan, på engelska European Spallation Source förkortat ESS, synkrotronljuskällan Max IV och Nationellt centrum för livsvetenskaplig forskning, förkortat SciLifeLab. Det finns även exempel på mindre satsningar inom t.ex. området biobanker eller polarforskningsfartyget Oden.¹²⁸ SciLifeLab är en nationell centrumbildning för storskalig molekylärbiologisk forskning. Centrumet etablerades år 2010 genom ett samarbete mellan Kungliga Tekniska högskolan, Karolinska institutet, Stockholms universitet och Uppsala universitet. Centrumbildningen är placerad både i anslutning till Karolinska institutets och Uppsala universitets campusområden. Verksamheten etablerades med medel från satsningen på strategiska forskningsområden som föreslogs i propositionen *ett lyft för forskning och innovation*.¹²⁹ SciLifeLab styrs genom förordning (2013:118) om Nationellt centrum för livsvetenskaplig forskning.

En bärande tanke i satsningarna på forskningsinfrastruktur är att möjliggöra att investeringarna kan komma flera aktörer till del. Genom att öppna forskningsinfrastruktur för alla aktörer kan investeringar i forskningsinfrastruktur göra maximal nytta i samhället. Konstruktion och drift av forskningsinfrastrukturer täcks ofta av bidrag från både offentliga och privata forskningsfinansiärer. De universitet och högskolor som är värdar för forskningsinfrastrukturer tillhandahåller i regel inte bara själva utrustningen utan även den personal och kompetens och det kringmaterial som behövs för att använda den. Att tillhandahålla dessa tjänster är sammantaget kostsamt. Det finns därför ett behov hos de lärosäten som tillhandahåller dessa tjänster att kunna ta ut avgifter från de som använder infrastrukturen, vare sig det är ett företag, ett annat lärosäte eller en annan organisation. De myndigheter och organisationer som är värdar för forskningsinfrastruktur bör enligt regeringen få det stöd de behöver för att på bättre sätt kunna tolka hur avgiftsuttaget kan ske. Regeringen avser att se över frågan.¹³⁰

¹²⁶ Kunskap i samverkan – för samhällets utmaningar och stärkt konkurrenskraft (prop. 2016/17:50), s. 123 f.

¹²⁷ 2 § 3–5 styckena förordning (2009:975) med instruktion för Vetenskapsrådet.

¹²⁸ Kunskap i samverkan – för samhällets utmaningar och stärkt konkurrenskraft (prop. 2016/17:50), s. 123 f.

¹²⁹ Ett lyft för forskning och innovation (prop. 2008/09:50).

¹³⁰ A.a., s. 129.

Kan strukturerna för forskning användas för katastrofmedicinska centrum?

Det finns naturligtvis olika för- och nackdelar med de olika finansieringsformerna och hur de skulle kunna användas för hela eller delar av den verksamhet som inryms under de kunskapscentrum som Socialstyrelsen ansvarar för. Forskning som begrepp innebär inte enbart att generera ny kunskap. Forskning innefattar också aktiviteter som innebär nyttiggörande av kunskapen genom att sprida information genom seminarier, konferenser och publikationer. Utbildning knyter nära an till forskningen.

Utlysningar

Utlysningar är det mest traditionella sättet att i konkurrens tilldela medel för forskning. Instrumentet kan hanteras både av forskningsfinansiärer och forskningsfinansierande myndigheter. Det är möjligt att inrätta system för utlysningar både för forskning i offentlig och privat regi. Utlysningarna vänder sig dock normalt sett till enskilda forskare eller forskargrupper och långsiktigheten i varje utlysning kan till viss del styras men överstiger sällan fyra år. Därmed förutsätter utlysningar, för att vara långsiktiga, att den utlysande myndigheten har ett långsiktigt uppdrag och stabil finansiering så att aktörerna vet att det kommer nya utlysningar. Att genomföra nya utlysningar innebär ett sätt att kunna styra verksamheten över tid. För varje ny utlysning kan inriktningen på forskningen förändras

Socialstyrelsen angav i lägesrapporten för kunskapscentrumen i katastrofmedicin att det var ett problem att medel endast kunnat tilldelas årsvis.¹³¹ Genom ett beställningsbemyndigande¹³² kan medel låsas upp även för kommande år vilket förekommer bl.a. hos forskningsfinansiärerna. En sådan ordning innebär en möjlighet att skapa fleråriga utlysningar.

¹³¹ Socialstyrelsen (2015): *Socialstyrelsens kunskapscentrum i katastrofmedicin – Lägesrapport och framtida inriktning* (artikelnummer 2015-3-6).

¹³² Se exempelvis avsnitt 4.3.5 beställningsbemyndiganden i Regleringsbrev för budgetåret 2021 avseende Verket för innovationssystem (N2020/00489 m.fl.).

Statliga forskningsprogram

De statliga forskningsprogrammen är ett uttryck för politiska satsningar för att lösa aktuella samhällsproblem som spänner över flera aktörer eller sektorer. Forskningsprogrammen har fördelar över vanliga utlysningar genom att de innebär en långsiktighet. Regeringen har aviserat att det ska röra sig om minst tioåriga satsningar och utgöra sådana områden som är av strategisk vikt för samhället och svarar mot samhällsutmaningar. Eftersom samhället ständigt förändras kan man anta att det inte är samma samhällsutmaningar som kvarstår efter tio år och att det därmed inte är givet att en satsning förlängs. Forskningsprogrammen hanteras så här långt i huvudsak av forskningsfinansiärerna och de specifika områdena är inte inskrivna i t.ex. myndighetens instruktion utan beslutas i propositioner och hanteras i regleringsbrev.

De statliga forskningsprogrammen innebär stora möjligheter till samverkan mellan de ingående aktörerna. Det innebär också möjligheter till tvärsektorielt arbete. De nationella forskningsprogrammets kärna ska vara den koordinerande och strategiska forskningsagendan som tas fram för programmet gemensamt av ansvariga finansiärer. Forskningsprogrammen ska också vara flexibla vilket innebär att det finns möjlighet att anpassa efter de olika behovsområdena. Vetenskapsrådet skriver om det kommande forskningsprogrammet för virus och pandemier:

För att vi ska vara bättre rustade inför framtida epidemier och pandemier krävs forskning om virusinfektioner och deras spridning. Exempelvis behövs kunskap om vilka ekonomiska och sociala effekter en stor och utdragen samhällsspridning kan få. Detta forskningsprogram inbegriper forskning inom alla relevanta discipliner och projekten får gärna ha tvärvetenskaplig karaktär.

För detta område har regeringen avsatt 100 miljoner kronor årligen under åren 2021–2024.

Socialstyrelsens uppdrag vad gäller kunskapscentrum i katastrofmedicin har en längre tidshorison än tio år. Uppdraget är inskrivet i myndighetens instruktion och har funnits i över femton år. Behovet av katastrofmedicinsk kunskap utgör ett kontinuerligt behov av betydelse för att kunna erbjuda bästa möjliga vård i händelse av mycket svåra situationer. Forskningen i katastrofmedicin är inte tvärveten-

skaplig till sin karaktär utan härrör i stor del till den medicinska disciplinen.

Forskningsinfrastruktur och testbäddar

Formerna för att hantera forskningsinfrastruktur kan vara intressant för de delar av de olika katastrofmedicinska verksamheterna där det finns behov av samverkan kring anläggningar. Exemplet SciLifeLab visar på hur man kan knyta ihop flera aktörer från olika universitet i en gemensam satsning med gemensam infrastruktur.

På det katastrofmedicinska området har vissa aktörer tillgång till särskilda operationssalar och kunskap och infrastruktur kring försöksdjursverksamhet som flera aktörer, exempelvis Försvarmakten eller universitet, som forskar och utbildar inom traumatologi kan använda. Likaså finns hos vissa aktörer tillgång till större hallar och infrastruktur för att genomföra ledningsträningsövningar på ett mer teoretiskt plan. Detta kan, utöver användningen för utbildning, också kopplas till ett koncept där man kan simulera större olyckor och massskadeutfall och forska på utfallet. Sådan infrastruktur skulle kunna hanteras som forskningsinfrastruktur. Man kan även argumentera för att båda anläggningarna utgör en form av testbäddsverksamhet.

Utredningens överväganden och förslag

Utredningen bedömer att det finns ett fortsatt behov av att bedriva ett systematiskt kunskapsarbete inom ramen för katastrofmedicin. Sjukvården bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet. En viktig del i att generera ny kunskap innebär därmed att bedriva forskning. För att säkerställa att sådan forskning sker behöver staten avsätta medel. För att tillskapandet av kunskap ska knyta an till nationella behov finns ett behov av att kunna styra forskningen så att den är behovsbaserad.

För att forskningen ska komma till användning måste det säkerställas att den nyttiggörs. En viktig del i detta är att sprida den kunskap som forskningen genererar och att omsätta detta till praktiska färdigheter eller planering i kommuner och regioner. Att verka för nyttiggörande av forskning är en del i högskolornas uppgift.

Det kan konstateras att kunskapscentra inte är ett nationellt enhetligt begrepp och att kunskapscentrum därmed kan utgöras av olika saker. Socialstyrelsen får finansiera forskning och kunskapsspridande verksamhet vid kunskapscentrum i syfte att upprätthålla kvalificerad nationell kompetens inom katastrofmedicin och krisberedskap. För detta ändamål är kunskapscentrum i katastrofmedicin ändamålsenliga.

Utredningen bedömer att det är viktigt att den forskning som finansieras av Socialstyrelsen är relevant och grundar sig i de behov som finns inom katastrofmedicin ur ett svenskt perspektiv. Det finns flera olika underlag som kan användas som rör framtagande av sådana behov. Utredningen bedömer vidare att det finns etablerade system för att finansiera forskning i offentlig såväl som privat regi och som säkerställer de krav på transparens och rättssäkerhet som krävs.

Utredningen har övervägt de olika etablerade alternativ som finns för forskningsfinansiering och bedömer att det faktum att forskningen inte är beroende av stora tvärvetenskapliga samarbeten, och inte heller utgör en samhällsutmaning som kan väntas förändras nämnvärt på en tioårsperiod, innebär att nationella forskningsprogram i nuläget inte är den mest lämpliga formen. Det finns inte heller vad utredningen kan se generellt sett stora behov av dyr och gemensam infrastruktur som skulle lämpa sig för särskilda satsningar på forskningsinfrastruktur, även om vissa sådana inslag förekommer.

Utredningen kan konstatera att det historiskt förekommit en del bekymmer dels vad avser styrningen av den katastrofmedicinska forskningen till prioriterade behov och nu senare vad avser metoden med offentlig upphandling. För att skapa en tydlig styrning och en rättsäker och transparent process för tilldelning av medel föreslår utredningen att regeringen avsätter de medel som Socialstyrelsen använt för katastrofmedicinska centra i ett särskilt forskningsanslag i linje med övriga forskningsfinansierande myndigheter. Dessa medel kan då utlysas i konkurrens i riktade satsningar utifrån myndighetens prioriterade behov. Trots det allmänt hållna kravet om att verka för nyttiggörande av forskning i högskolelagen anser utredningen att utlysningarna i så fall bör innefatta krav på att sprida kunskap och stödja Socialstyrelsen. I samband med att ett forskningsanslag inrättas kan det finnas anledning för regeringen att se över om nivån på anslaget bör höjas.

Om tilldelningen av forskningsmedel genom utlysning är en alltför omfattande process för Socialstyrelsen att driva kan det övervägas om medlen i stället ska betalas ut genom någon av de etablerade forskningsfinansiärerna, t.ex. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd. En sådan ordning måste i så fall säkerställa att staten genom Socialstyrelsen ges stort inflytande över behoven så att den forskning som bedrivs svara mot samhällets prioriterade behov. Vem som betalar ut medlen är av mindre betydelse.

Vidare föreslår utredningen att Socialstyrelsen för att få stöd med underlag om vilken forskning som krävs bör inrätta ett särskilt katastrofmedicinskt råd (grupp) där flera ledande företrädare för de olika kunskapscentrumen, relevanta kliniska specialiteter samt katastrofmedicinska forskningsgrupper ingår och kan stödja myndigheten. Det katastrofmedicinska rådet kan till exempel fungera som expertstöd för myndigheten i frågor av betydelse för utvecklingen av den katastrofmedicinska beredskapen, men som inte är av forskningskaraktär. På detta sätt kan de av myndigheten identifierade behoven av forskning dialogiseras med företrädare med akademien innan utlysning. Dialog bör även ske med andra parter, t.ex. det av utredningen föreslagna beredskapsrådet (se avsnitt 5.2.1) så att olika gruppers syn på behoven inhämtas. Det är dock viktigt att i detta sammanhang skilja på rådets rådgivande funktion och myndighetens beslutande funktion vad gäller tilldelning av medel. För utvärdering och beslut kopplat till utlysningsprocessen kan nordisk eller internationell expertis anlitas för att söka undvika jävsproblematik.

10 Smittskydd och hälsohot

10.1 Utredningens uppdrag har förändrats

Enligt utredningens första direktiv, som beslutades i augusti 2018, var uppdraget att analysera behoven av insatser för att ha en god beredskap mot smittsamma sjukdomar, inklusive zoonoser, och andra hälsohot. Analysen skulle utgå från de utvärderingar som har gjorts av bl.a. hanteringen av ebolautbrottet i Västafrika år 2014–2015 och influensapandemin år 2009–2010. I direktiven angavs att analysen bl.a. bör belysa behoven av högisoleringsvård och förmåga att transportera högsmittsamma patienter. Vidare angavs att utredaren bör beakta de erfarenheter och det utvecklingsarbete som genomförts internationellt de senaste åren, främst inom WHO, i syfte att stärka förmåga att hantera utbrott av smittsamma sjukdomar. Mot denna bakgrund skulle utredaren lämna förslag på såväl övergripande inriktning som eventuella konkreta insatser och åtgärder för en god beredskap och förmåga att hantera smittsamma sjukdomar och andra hälsohot. Det anges också att det i uppdraget ingår att lämna förslag på lagreglering av statens ansvar vad gäller försörjningen och finansieringen av vacciner vid influensapandemier.¹

Pandemin har medfört att fler utredningar tillsatts

Efter utbrottet av den senaste pandemin med det nya coronaviruset som orsakar sjukdomen covid-19 tillsatte regeringen en kommission som ska utvärdera regeringens, berörda förvaltningsmyndigheters, regionernas och kommunernas åtgärder för att begränsa spridningen av det virus som orsakar sjukdomen covid-19 och spridningens effek-

¹ Kommittédirektiv *Hälso- och sjukvårdens beredskap och förmåga inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap* (dir. 2018:77), beslutade vid regeringssammanträde den 9 augusti 2018.

ter.² Utredningen har tagit namnet Coronakommissionen. Coronakommissionen lämnade ett första delbetänkande i december 2020, *Äldreomsorgen under pandemin* (SOU 2020:80) och ett andra delbetänkande i oktober 2021, *Sverige under pandemin* (SOU 2021:89). Coronakommissionen ska lämna sitt slutbetänkande i februari 2022. Samhällets erfarenheter och lärdomar från coronapandemin, och förslag till förändringar, analyseras därmed i första hand inom ramen för Coronakommissionens arbete.

Utbrottet av sjukdomen covid-19 har dessutom tydligt visat på behovet av en större översyn av smittskyddslagen (2004:168) för att bättre anpassa den till framtida pandemier. Med anledning av det beslutade regeringen i september 2021 direktiv till en ny statlig utredning som ska göra en översyn av författningsberedskapen inför framtida pandemier.³ Regeringen gav också Socialstyrelsen i uppdrag att göra en översyn av de regionala smittskyddsensheternas och smittskyddsläkarnas förutsättningar och kapacitet att genomföra sitt uppdrag som framgår av smittskyddslagen med syfte att möjliggöra en ökad effektivitet, samordning och likformighet i verksamheterna. Socialstyrelsen ska särskilt se över smittskyddsensheternas och smittskyddsläkarnas personella resurser och kapacitet, organisation och struktur.⁴

I anslutning till dessa beslut tog regeringen också beslut om att genom tilläggsdirektiv begränsa denna utrednings uppdrag inom smittskyddsområdet. I dessa tilläggsdirektiv anges att vår utredning inte längre ska se över behoven av en mer flexibel lagstiftning vid allvarliga hälsohot med konsekvenser för samhället eller pröva om endast vissa av smittskyddslagens bestämmelser ska vara tillämpliga vid en viss allmänfarlig sjukdom i vissa situationer. Utredaren ska inte heller pröva om beredskapsbemyndiganden i smittskyddslagen är ändamålsenligt utformade och tillräckliga.⁵

Utifrån ovanstående uppfattar utredningen det kvarvarande uppdraget på området smittskydd och hälsohot som att vi ska analysera följande områden:

² Kommittédirektiv *Utvärdering av åtgärderna för att hantera utbrottet av det virus som orsakar sjukdomen covid-19* (dir. 2020:74), beslutade vid regeringssammanträde den 30 juni 2020.

³ Kommittédirektiv *Författningsberedskap inför framtida pandemier* (Dir. 2021:68), beslutade vid regeringssammanträde den 2 september 2021.

⁴ Regeringsbeslut I:6 den 2 september 2021, *Uppdrag att göra en översyn av de regionala smittskyddsensheternas och smittskyddsläkarnas förutsättningar*, dnr (S2021/06173 delvis).

⁵ Kommittédirektiv *Tilläggsdirektiv till utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap* (dir. 2021:69), beslutade vid regeringssammanträde den 2 september 2021.

- förmågan i landet att omhänderta och transportera högsmittsamma patienter,
- rättsligt reglera statens ansvar för försörjningen och finansieringen av vacciner vid influensapandemier, samt
- analysera om det ur beredskapsperspektiv finns behov av ytterligare särskilda förmågor inom på området smittskydd och hälsohot.

Därutöver ska utredningen beakta erfarenheter av utbrottet av sjukdomen covid-19 under det fortsatta utredningsarbetet.⁶ I övrigt kommer vi där det är relevant att inkludera beredskapen för smittskydd och hälsohot i utredningens andra kapitel.

10.2 Högisoleringsvård

Personer med smittsamma infektionssjukdomar, och som kräver sjukhusvård, vårdas normalt på regionernas infektionskliniker. Där finns specialutbildad vårdpersonal med kompetens inom infektionssjukvård, smittskydd och vårdhygien samt vårdavdelningar med och isoleringsmöjligheter. Patienter med komplicerad och/eller smittsam luftvägsinfektion, svår blodförgiftning eller infektioner med hög smittsamhet är exempel på de som vårdas på en infektionsklinik. Vissa smittämnen (agens) är dock så smittsamma att patienterna behöver vårdas på en högisoleringsenhet, vilket är en isolerad miljö där endast personal med särskild fortbildning och utrustning får arbeta. Exempel på sådana sjukdomar är blödarfebrar (såsom ebola, lassafeber, krim-kongo blödarfeber), smittkoppor och virus som ger svåra infektioner i luftvägarna. Dessa smittämnen orsakar svår sjukdom ofta med hög dödlighet och det finns i många fall inte förebyggande eller botande behandling att tillgå.⁷

⁶ Kommittédirektiv Tilläggsdirektiv till utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap (dir. 2020:84), beslutade vid regeringssammanträde den 20 augusti 2020.

⁷ Folkhälsomyndigheten, *Projektplan Nationell beredskap för vård av högsmittsam patient, ansökan om medel från anslag 2:4 Krisberedskap*, MSB dnr 2018-04559.

10.2.1 Vård av patienter med högsmittsam sjukdom

Det finns i Sverige ett fåtal vårdplatser för högsmittsamma patienter. I dag finns platser för högisoleringsvård på Universitetssjukhuset i Linköping, Karolinska Universitetssjukhuset i Stockholm och på Skånes Universitetssjukhus i Malmö.

Högisoleringsvård är personalkrävande

Antalet möjliga vårdplatser för högsmittsamma patienter är beroende av hur avancerad vård patienterna kräver. Om patienterna kräver intensivvård finns färre platser tillgängliga, medan det går att vårda några fler patienter om dessa inte kräver intensivvård. De befintliga högisoleringsenheterna i Sverige har generellt förmåga att ta emot en högsmittsam patient som kräver intensivvård, eller cirka två–tre patienter om de inte kräver intensivvård.

Vård av högsmittsamma patienter kräver mycket personal och vårdtiden kan vara flera veckor. Personaltillgången blir därför snabbt en begränsande faktor för hur många patienter som kan vårdas. Vård av en eller flera högsmittsamma patienter är så personalkrävande att det får påverkan på vilken vård sjukhuset i övrigt kan bedriva.

Som exempel kan nämnas att högisoleringsenheten i Linköping bedömer att det krävs cirka 30 personer som är vårdpersonal per dygn för att ge en högsmittsam patient intensivvård. Därutöver krävs personal för andra funktioner som t.ex. laborieverksamhet, röntgen, avfallshantering och diverse andra servicefunktioner.⁸ Eftersom all vårdpersonal måste arbeta i särskild skyddsutrustning och inte kan äta, dricka eller gå på toaletten under pågående arbetspass arbetar personalen i tvåtimmarsskift. Det medför att det krävs cirka tre gånger mer personal än vid intensivvård av en patient som inte är högsmittsam. Eftersom patienten inte kan flyttas från vårdrummet kan även utrustning som till exempel röntgenutrustning behöva föras in i rummet och tas i anspråk för patienten. Att sedan åter föra ut sådan utrustning kräver en omfattande sanering. I anslutning till vårdrummet skapas också ett separat laboratorium. Sammantaget medför detta att kapaciteten på sjukhusets intensivvårdsavdelning och infektionskliniken i övrigt reduceras kraftigt när en patient med högsmittsam

⁸ Region Östergötland, *Förmågeanalys 2017 Kris och katastrofmedicinsk beredskap – Intensivvårdskrävande patient på högisoleringsenheten US*, s. 4.

sjukdom vårdas på högisoleringsenheten. Det kan även påverka sjukhusets möjlighet att utföra planerad kirurgi.

Personal som ska arbeta med högsmittsamma patienter måste vara utbildad för det. Vård på högisoleringsenhet förutsätter att personalen har förtroende för varandras kompetens och förmåga att utföra arbetet i enlighet med gällande säkerhetsrutiner. När tränad och utbildad personal inte räcker till, eller det behövs annan särskild vårdkompetens, behöver den personal som vårdar den högsmittsamma kompletteras med personal från andra avdelningar. Denna personal har normalt inte samma utbildning i smittskydd eller rutin på arbete med högsmittsamma patienter. För vård av högsmittsamma patienter krävs därför långsiktig planering som inkluderar utbildning och övning av all personal som kan komma att behöva involveras i arbetet med högsmittsamma patienter. Det krävs därför att verksamheten tidigt identifierar individer som kan behövas och som är villiga att arbeta med uppgiften och att dessa vet att de kan komma att tas i anspråk. Eftersom det är en högriskuppgift behöver arbetet omfatta ett visst mått av frivillighet. Det är inte givet när man söker jobb inom vården inom en annan verksamhet att vård av högsmittsamma patienter kan bli en del i arbetsuppgifterna om detta inte tydligt framgår vid anställningen. Bestämmelser om krav på verksamheter som hanterar smittsamma ämnen finns i bl.a. Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2018:4) om smittrisker samt Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2005:1) om mikrobiologiska arbetsmiljörisiker.

Eftersom det sätt på vilket högsmittsamma patienter vårdas i dag är så resurskrävande är ett sådant arbetssätt bara möjligt vid enstaka fall av högsmittsamma sjukdomar. Vid större utbrott av en högsmittsam sjukdom vårdas i stället patienterna tillsammans på infektionskliniker, så kallad kohortvård.

Det finns ett nationellt och ett nordiskt nätverk för högisoleringsvård

Det finns ett nätverk mellan infektionsklinikerna i Sverige med syftet att sprida kunskap och utbyta erfarenheter i komplexa frågor avseende högisoleringsvård. Folkhälsomyndigheten är sammankallande för nätverket och deltagandet bygger på frivillighet. Respektive aktör står för sina egna kostnader. Nätverken saknar beslutsmandat. Regio-

nerna ansvarar själva för att genom samverkan i nätverket verka för samordning i olika frågor.

Det finns också ett nätverk mellan högisoleringsenheterna i de nordiska länderna där deltagarna t.ex. strävar efter att enas om vilken sorts utrustning som används i verksamheterna för att vid behov kunna stödja varandra med både personal och utrustning.

10.2.2 Transport av högsmittsamma patienter

Tidigare har transport av högsmittsamma patienter i Sverige huvudsakligen kunnat ske i särskilt utrustad vägambulans, vilken vid behov har kunnat lastas i Försvarmaktens flygplan för längre transporter. En sådan ambulans finns tillgänglig vid högisoleringsenheten i Linköping. Vid dessa ambulanstransporter vårdas patienten öppet under transporten men i en i övrigt stängd ambulans. Personalen måste därmed bära relevant skyddsutrustning och i och urlastning av patienten måste ske utomhus. Eftersom personalen i en sådan transport inte kan lämna ambulansen och varken kan äta, dricka eller utföra toalettbesök under transporten kan transport ske under högst fyra timmar. Det innebär att transporten aldrig kan genomföras en längre sträcka än vad som möjliggörs på fyra timmar räknat från den stund när personalen tar på sig sina skyddsdräkter till dess att de anländer till en högisoleringsenhet.

Folkhälsomyndigheten har sedan några år tillbaka beviljats medel från MSB för ett 2:4-projekt avsett att öka förmågan till vård och transport av högsmittsamma patienter.⁹ Inom ramen för detta pågår ett pilotprojekt med en transportkuvös som är särskilt framtagen för transport av högsmittsamma patienter. Kuvösen är konstruerad som en hjulgående bår där patienten är instängd i en huv av hårdplast, med möjlighet för vårdpersonalen att föra in händer för att vårda patienten. Det finns också särskilda genomföringar för slangar från t.ex. medicinteknisk utrustning. I dagsläget kan inte en patient som är behov av respirator transporteras i denna typ kuvös. Eftersom kuvösen innesluter den smittsamma patienten kan transport ske mer flexibelt med olika former av transportmedel. Det ställer också lägre krav på skyddsutrustning hos personalen, vilket gör att de kan arbeta längre

⁹ Folkhälsomyndigheten, *Projektplan – Ansökan om medel från anslag 2:4 Krisberedskap 2019, Vidareutveckling av nationell beredskap för vård och transport av högsmittsamma patienter*, MSB dnr 2018-04559.

pass med patienten. En transportkuvös har köpts in med 2:4-medel till högisoleringsenheten i Linköping. Metoder för att transportera kuvösen i olika transportmedel håller på att tas fram. Hittills har kuvösen prövats i ambulans och i Försvarmaktens helikopter. Avsikten är också att ta fram en rutin för att transportera kuvösen i de ambulansflygplan som ägs av Kommunalförbundet Svenskt Ambulansflyg. Region Skåne har för egna medel köpt in en likadan transportkuvös till högisoleringsenheten i Malmö. Transportkuvösen kan även användas vid C- och RN-händelser för transport av kontaminerad patient till sjukvård.

Inom ramen för det nordiska samarbetet mellan ländernas högisoleringsenheter strävar deltagarna också efter att samma typ av transportkuvös ska användas i alla länderna för att underlätta samverkan. Norge och Finland har redan i dag flera transportkuvöser av den typ som har köpts in till Linköping och Malmö.

Eftersom ingen av de högisoleringsenheter som finns i landet i nuläget har något nationellt uppdrag finns det heller ingen region som är skyldig att utföra transporter av högsmittsamma patienter för de regioner som inte har egen kapacitet för detta. Såvitt utredningen erfar finns i nuläget ingen formell larmkedja eller beredskap för denna verksamhet.

10.2.3 Lärdomar från tidigare utbrott av högsmittsamma sjukdomar

Eftersom patienter med högsmittsamma sjukdomar är ovanligt förekommande i Sverige är en beredskap nödvändig för att tidigt identifiera misstänkta fall, ha rutiner för hantering av misstänkta smittförande prover och patienter, och förmåga att snabbt diagnostisera sjukdomarna. Det finns vissa erfarenheter från händelser med misstänkt högsmittsamma patienter i Sverige under senare år som är värda att lyfta fram. Senast en patient med konstaterad högsmittsam sjukdom vårdades i Sverige var år 2016. Därefter har det förekommit flera misstänkta fall av högsmittsamma sjukdomar men som har kunnat avfärdas.

Kunskap är en viktig faktor vid hantering av patienter med högsmittsam sjukdom. Okunskap om högsmittsamma sjukdomar och hur de smittar riskerar att medföra flera problem. Det kan medföra att hälso- och sjukvården missar eller feldiagnostiserar högsmitt-

samma patienter, vilket riskerar att skapa ökad smittspridning. När en patient med misstänkt högsmittsam sjukdom har identifierats riskerar okunskap om smittvägar också att skapa rädsla hos både vårdpersonal och allmänhet vilket kan medföra att misstänkt smittade patienter drabbas negativt.

Hos smittskyddsläkarna och på infektionsklinikerna finns generellt relativt god kunskap om högsmittsamma sjukdomar. Därutöver behöver det finns kunskap om högsmittsamma sjukdomar även i andra delar av hälso- och sjukvården för att tidigt kunna identifiera misstänkt smittade patienter innan de riskerar att föra smittan vidare inom vården eller till andra personer. Det finns exempel i Sverige på att det tagit cirka tre veckor från det att en patient första gången sökt vård för sitt tillstånd till att patienten diagnostiserats med en högsmittsam sjukdom. Under en sådan tidsperiod hinner många personer komma i kontakt med personen och med prover från personen, utan att vare sig patienten eller proverna hanterats som misstänkt högsmittsamma. Som stöd för verksamheter utanför infektionsklinikerna har Folkhälsomyndigheten tagit fram kunskapsunderlag om vissa högsmittsamma sjukdomar som finns tillgängliga på myndighetens webbplats. Det är viktigt att symtom för dessa sjukdomar också finns med i hälso- och sjukvårdens beslutsstöd för att underlätta ett tidigt konstaterande av misstänkta fall.

Utöver kunskap om högsmittsamma sjukdomar i sig behöver regionerna utbilda personal i hanteringen av högsmittsamma patienter i alla delar i vårdkedjan. Utbildning och övning är viktiga för att personalen ska känna tillit till att de metoder som används är säkra. Även en samordnad och saklig kommunikation både internt inom hälso- och sjukvården och till allmänheten har identifierats som viktiga faktorer för hantering av misstänkt högsmittsamma fall.

En annan lärdom från hantering av misstänkt högsmittsamma sjukdomar i Sverige avser hanteringen av prover från misstänkt högsmittsamma patienter. Folkhälsomyndighetens säkerhetslaboratorium kan hantera misstänkt högsmittsamma prover. Däremot har det blivit tydligt att inte alla laboratorier som regionerna har avtal med vill befatta sig med andra vårdrelaterade prover från misstänkt högsmittsamma patienter. Sådana analyser har i vissa fall i stället fått hanteras patientnära. Det har också förekommit utmaningar för vissa regioner, utifrån geografiska förhållanden, att transportera misstänkt högsmittsamma prover från sjukhus till laboratorium. Laboratoriekapacitet och hur

misstänkt högsmittsamma prover ska hanteras i olika led behöver därmed ingå i regionernas planering. Även destruktion av avfall från vården av högsmittsamma patienter, bl.a. skyddsutrustning för vårdpersonalen, kräver särskild hantering och behöver planeras i förväg.

När en patient har diagnostiserats med en högsmittsam sjukdom och flyttats till högisoleringsenhet har vården av patienten såvitt utredningen erfar fungerat väl. Det finns hög kompetens på dessa högisoleringsenheter och förmåga att vid behov utföra avancerad vård. Utmaningen är i stället att inte skapa undanträngningseffekter för annan prioriterad vård i regionen under den tid som patienten vårdas.

Utbrott av högsmittsamma sjukdomar i andra delar av världen har aktualiserat frågan om resurser för att vårda utländska patienter i Sverige

Utredningen ska enligt direktiven analysera lärdomar från utbrottet av ebola i Västafrika 2014–2015. Inga svenska medborgare blev smittade av ebola under detta utbrott. Däremot fanns det svenska medborgare som arbetade på plats i Västafrika, bland annat för organisationen Läkare utan gränser. Den internationella personal på plats i Västafrika som blev smittad av ebola evakuerades därifrån med flygplan och vårdades till stor del i sina hemländer. Det fanns vid den tidpunkten en politisk vilja i Sverige att bidra med transportmöjlighet och vårdplatser i Sverige för smittade patienter från andra länder. Region Östergötland fick en fråga från regeringen om man kunde ta emot en utländsk ebolapatient till högisoleringsenheten i Linköping, men avböjde det med hänvisning till att man ville ha beredskap för att kunna vårda en eventuell svensk patient.

Detta aktualiserade frågan om vad som är en rimlig kapacitet för svensk högisoleringsvård. Det aktualiserar också frågan om huruvida en region kan, eller ska, ställa annan vård åt sidan för att vårda patienter från andra länder och hur det förhåller sig till regionens ansvar att erbjuda vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och lokaliseringsprincipen i 2 kap. 1 § kommunallagen (2017:725). Som framgår ovan kan högisoleringsvård snabbt få påverkan på regionens möjligheter att bedriva viss annan vård vilket sannolikt skulle påverka övriga medborgare i regionen negativt. Om regeringen bedömer att det finns skäl att ha resurser för att kunna bistå andra länder med högisoleringsvård faller det utanför regionernas ansvar enligt hälso- och

sjukvårdslagen. Det är därför något staten i så fall måste ge i uppdrag till regionerna och finansiera. Sådana uppdrag behöver planeras i förväg så att inte förmågan att bedriva annan prioriterad hälso- och sjukvård påverkas negativt.

10.2.4 Högisoleringsenheternas uppdrag behöver formaliseras

Bedömning: Det finns behov av att säkerställa att det finns högisoleringsenheter i Sverige med ett formellt uppdrag och förmåga att vårda och transportera patienter med högsmittsamma sjukdomar. Ett sådant uppdrag ska vara rikstäckande. Socialstyrelsens pågående arbete med nivåstrukturering av högisoleringsvården inom ramen för processen för nationellt högspecialiserad vård är viktigt för att säkerställa svensk beredskap att hantera högsmittsamma patienter. Nivåstruktureringen bör ske med beaktande av beredskapsaspekter.

Under förutsättning att Socialstyrelsen beslutar om att högisoleringsvård och transport av patienter med högsmittsamma sjukdomar utgör nationellt högspecialiserad vård och att tillräckligt många regioner ansöker om att bedriva sådan vård, bedömer utredningen att det inte finns behov av några ytterligare förslag från utredningen inom detta område.

Om Socialstyrelsen inte fattar beslut enligt ovan innebär det, på samma sätt som i dag, att varje region utifrån vad som framgår av hälso- och sjukvårdslagen ska ha förmåga att erbjuda sådan vård som medborgarna har behov av. Detta inkluderar högisoleringsvård. Om en region inte avser att själv inrätta sådan vård behöver avtal ingås med en annan region som har sådan förmåga. Regionerna bör i så fall överväga att ingå avtal om samarbete kring högisoleringsvård. Det bör då också skapas en struktur för vilka regioner som i första hand stödjer de regioner som åtagit sig att vårda patienter med högsmittsamma sjukdomar och hur finansieringen av det ska hanteras.

Eftersom behovet av högisoleringsvård sällan uppstår, kräver särskild kunskap och är resurskrävande är det lämpligt att sådan vård koncentreras till några platser i landet. Det bör därmed ges i uppdrag till några regioner i landet att ha förmåga att under en längre tid vårda

högsmittsamma patienter. Därutöver behöver det inom varje samverkansregion, t.ex. vid universitetssjukhus eller andra större sjukhus med infektionsklinik, finnas förmåga till isolering och omhändertagande av patienter med högsmittsam sjukdom under kortare tid. Där behöver det också finnas förmåga att skicka prover från patienter med misstänkt högsmittsam sjukdom till laboratorier. Alla sjukhus i landet behöver ha en förmåga till initialt omhändertagande av misstänkt högsmittsamma personer i väntan på transport till större infektionsklinik.

Ur ett beredskapsperspektiv behöver varje region, utöver vad som sagts ovan, ha en viss beredskap för att vårda högsmittsamma patienter om det inte går att transportera dem till avsedda högisoleringsenheter eller i de fall dessa platser är fyllda. Ansvaret för sådan vård kan t.ex. ligga på större sjukhus med infektionskliniker.

Det finns, som redovisats ovan, i dag endast ett fåtal infektionskliniker i landet som kan ta emot patienter med högsmittsamma sjukdomar. Dessa enheter har tillskapats på eget initiativ i Region Östergötland, Region Skåne och Region Stockholm. Dessa högisoleringsenheter har i dag inget nationellt uppdrag och därmed ingen skyldighet att bedriva högisoleringsvård för patienter från andra regioner.

Eftersom det endast finns behov av ett fåtal sådana vårdplatser i landet och vård av en högsmittsam patient, genom den mängd personal som måste avdelas för sådan vård, får direkt påverkan på regionens möjligheter att bedriva annan vård, bör det säkerställas att dessa enheter har ett nationellt ansvar att ta emot högsmittsamma patienter och att det finns en planering för hur övrig hälso- och sjukvård i regionen ska säkerställas när resurser avdelas för sådan vård. I dag avgörs det inom regionen om det är lämpligt att ta emot en sådan patient.

Det pågår en process med att göra högisoleringsvård till nationellt högspecialiserad vård

Det pågår en process inom Socialstyrelsen med att utse högisoleringsvård till nationellt högspecialiserad vård. Med nationell högspecialiserad vård menas offentligt finansierad vård som bedrivs vid som mest fem enheter i landet och där endast ett fåtal vårdgivare kan uppfylla kraven på kompetens, tillgänglighet och arbete i multidisciplinära team.

I 7 kap. 5 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) finns bestämmelser om att den myndighet som regeringen bestämmer beslutar vilken

hälso- och sjukvård som ska utgöra nationell högspecialiserad vård och på hur många enheter sådan vård ska bedrivas. Vid bedömningen av om en åtgärd ska utgöra nationell högspecialiserad vård ska hänsyn särskilt tas till om vården är komplex eller sällan förekommande och om den kräver en viss volym, multidisciplinär kompetens eller stora investeringar eller medför höga kostnader. För att få bedriva nationell högspecialiserad vård krävs det tillstånd. Det är Socialstyrelsen som efter ansökan från en region beslutar om ett sådant tillstånd. Ytterligare bestämmelser finns i Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2018:48) om nationell högspecialiserad vård.

Det är Socialstyrelsen som ansvarar för processen att ta fram förslag till vilken vård som ska utgöra nationell högspecialiserad vård. Arbetet med att ta fram underlag sker i nationella programområden. Utifrån förslag som de nationella programområdena tagit fram startas sakkunniggrupper vars uppdrag är att genomlysna området och ta fram ett underlag med förslag på nationell högspecialiserad vård och hur många enheter sådan vård ska bedrivas på. Sakkunniggruppen föreslår också i sin utredning de särskilda villkoren som bör gälla för aktuellt tillstånd. Sakkunniggruppernas förslag går därefter ut på bred remiss. Sakkunniga har efter remissperioden möjlighet att bemöta remissynpunkterna och justera, revidera och dra tillbaka sitt förslag. Det är Socialstyrelsen som tar beslut om vilken vård som ska utses till nationell högspecialiserad vård och det antal enheter som ska få utföra vården. Socialstyrelsens beslut föregås av en beredning för att säkerställa att koncentration av den föreslagna vården inte ska ge stora negativa konsekvenser för hälso- och sjukvårdssystemet i övrigt.

Inom ramen för arbetet med nationell högspecialiserad vård har patienter med högsmittsamma allvarliga infektioner i behov av högiseringsvård lyfts fram som ett förslag till vård som bör koncentreras.¹⁰ En sakkunniggrupp har tillsatts som arbetar med att ta fram ett förslag till underlag för beslut om att utse sådan vård till nationell högspecialiserad vård. Beslut väntas under år 2022. Även det ansökningsförfarande som följer på ett sådant beslut och beslut om tilldelning väntas avslutas under år 2022.

Utredningen uppfattar att avsikten är att Socialstyrelsen i den pågående processen bl.a. ska besluta

¹⁰ I förslag från Nationella programområden för nationellt högspecialiserad vård daterat 2019-04-05.

1. att vård av högsmittsamma patienter ska utgöra nationellt hög-specialiserad vård,
2. vilken sådan vårdkapacitet som behöver finnas i Sverige, samt
3. säkerställa förmåga att transportera högsmittsamma patienter från den plats de befinner sig i landet till en högisoleringsenhet på sjukhus.

När processen är avslutad är målet att det ska finnas högisoleringsenheter på ett fåtal sjukhus i landet som har ett nationellt uppdrag. Dessa ska kunna vårda en intensivvårdskrävande patient samt ansvara för vården av denne till dess patienten tillfrisknar eller avlider. De regioner som får i uppdrag att bedriva nationellt högspecialiserad vård får en skyldighet att ta emot högsmittsamma patienter från andra regioner. Det innebär dock inte per automatik någon skyldighet att ta emot patienter från andra länder.

Utredningens bedömning

Utredningens uppdrag är att belysa behoven av högisoleringsvård och förmågan att transportera högsmittsamma patienter. Utredningen bedömer att den process som nu pågår på Socialstyrelsen, inom ramen för nationell högspecialiserad vård, skapar goda förutsättningar för att skapa formaliserade uppdrag till ett antal högisoleringsenheter och säkerställa förmåga till transport av högsmittsamma patienter inom landet. I denna process är det viktigt att även beakta behovet av att kunna vårda ett större antal patienter med högsmittsam sjukdom och övriga beredskapsaspekter. Under förutsättning att den processen slutförs och att ett tillräckligt antal regioner ansöker om att få tillstånd att bedriva sådan vård bedömer utredningen att det inte finns behov av att lägga ytterligare förslag inom detta område. Då har det gjorts en analys, som både regioner, Socialstyrelsen och andra berörda myndigheter som t.ex. Folkhälsomyndigheten har varit delaktiga i, av vilken förmåga till högisoleringsvård och transport av sådana patienter som behöver finnas i landet. Det finns också regioner som har ett nationellt åtagande att utföra sådan vård för patienter oavsett var i landet de befinner sig. Den fråga som inte omhändertas genom ett sådant beslut är om det även ska finnas en skyldighet för sådana hög-

isoleringsenheter att på regeringens begäran ta emot patienter från andra länder.

Utredningen vill också understryka vikten av att de högisoleringsenheter som finns i landet gemensamt tar fram enhetliga metoder för arbetet med högsmittsamma patienter så att enheterna vid behov kan stödja varandra med både personal och utrustning. Med det regelverk som finns kring offentlig upphandling kan det vara svårt att ställa krav på likadana produkter. Däremot kan det vara värdefullt att i stället identifiera vilka typer av gränssnitt eller gemensamma krav som ska ställas på utrustningen så att det möjliggör en interoperabilitet och att personal från en högisoleringsenhet utan större utbildningsinsats kan vårda på en annan högisoleringsenhet. Det gäller även metoder och utrustning för transport av högsmittsamma patienter.

För det fall att Socialstyrelsen beslutar att utse högisoleringsvård till nationell högspecialiserad vård, men det inte finns intresse från tillräckligt många regioner att ta på sig ett sådant nationellt uppdrag blir förutsättningarna annorlunda. Denna situation beskrivs nedan.

Samverkan mellan regioner kring vård av patienter med högsmittsamma sjukdomar

Om det inom ramen för den nationellt högspecialiserade vården inte kan utses ett tillräckligt antal högisoleringsenheter i landet kan det innebära att det inte kan utses till nationellt högspecialiserad vård. Då gäller samma förutsättningar som i dag, dvs. att varje region utifrån vad som framgår av hälso- och sjukvårdslagen ska ha förmåga att erbjuda sådan vård som medborgarna har behov av. Detta inkluderar högisoleringsvård. Om regionerna inte avser att själva inrätta sådan vård behöver avtal ingås med en annan region som har sådan förmåga.

Eftersom vård av högsmittsamma patienter är så personalkrävande, och också innebär att viss utrustning som används för sådana patienter inte kan användas för andra patienter under den tid de vårdas på sjukhuset, får det snabbt påverka på det aktuella sjukhusets förmåga att ta emot andra patienter. Det förutsätter en nära samverkan mellan det sjukhus som har högisoleringsenheten och andra sjukhus i samma region samt med andra regioner som kan behöva avlasta sjukhuset med högisoleringsvård och omhändertaga andra patienter. Högisoleringsvård har karaktären av försäkring. Det är sällan förekommande att det blir aktuellt att vårda patienter med högsmittsamma

sjukdomar, men när det väl blir aktuellt är det oerhört resurskrävande. De regioner som har åtagit sig att bedriva högisoleringsvård måste därför ha lokaler, utrustning och utbildad och övad personal som kan hantera dessa patienter. Andra regioner slipper därmed ha sådana resurser. Med dagens hantering får den region där den högsmittsamma patienten är folkbokförd betala kostnaden för vården på högisoleringsenheten i enlighet med bestämmelserna i riksavtalet för utomlänsvård, som är en rekommendation från SKR:s styrelse. Det riskerar att medföra väldigt höga kostnader för den region i vilken berörd patient är folkbokförd fråga. Samtidigt får den region som har högisoleringsenheten snabbt problem med undanträngningseffekter på vården och kommer sannolikt vara i behov av hjälp från omkringliggande regioner med avlastning av patienter.

Utredningen bedömer därför att det kan finnas skäl för regionerna att gemensamt, exempelvis inom ramen för SKR:s arbete, överväga att ingå överenskommelser om samarbete kring högisoleringsvård. Det skulle därigenom kunna skapas en struktur för vilka regioner som i första hand stödjer de regioner som åtagit sig att vårda högsmittsamma patienter och hur finansieringen av det ska hanteras.

10.3 Reglering av statens ansvar för pandemigaranti och inköp av pandemivaccin

Förslag: Det ska införas en ny 7 kap. 4 b § i smittskyddslagen som anger att staten ansvarar för inköp av vaccin som används vid pandemi samt för kostnaderna för sådana inköp.

I utredningens uppdrag ingår att lämna förslag på lagreglering av statens ansvar vad gäller försörjningen och finansieringen av vacciner vid influensapandemier. Bakgrunden till detta uppdrag är att regeringen tidigare, före utbrottet av covid-19, hade gett Folkhälsomyndigheten i uppdrag att genom avtal med vaccintillverkare säkerställa tillgång till vaccin för hela befolkningen vid en influensapandemi. Kostnaden för att upprätthålla beredskapsavtal för leverans av vaccin har legat på staten. Kostnadsansvaret för inköp av vaccin har formellt legat på regionerna. I utredningens direktiv anges att regeringen har uttalat att staten bör ta ansvar även för inköpen av vaccinerna, medan regionerna även fortsatt kommer att vara ansvariga för utförandet av vacci-

nationerna. Förändringarna av åtagandena för staten och huvudmännen för hälso- och sjukvården har reglerats i enlighet med den kommunala finansieringsprincipen, men förändringen av statens och regionernas ansvar har inte reglerats rättsligt.¹¹ Den ekonomiska regleringen genomfördes i samband med budgetpropositionen för år 2017.¹²

Under utbrottet av covid-19 år 2020–2022 har staten i linje med tidigare resonemang både träffat avtal med företag om inköp av vacciner, genomfört inköpen och ansvarat för kostnaderna för inköpen av vaccin. Staten har också tagit visst ansvar för distribution m.m. av vaccinerna. Regionerna har ansvarat för att planera och utföra vaccinationsinsatserna även om staten genom en särskild överenskommelse denna gång ersatt regionerna med ett schablonbelopp per given dos vaccin.¹³ Samma ansvarsfördelning tillämpades under svininfluensapandemin åren 2009–2010.

10.3.1 Utredningens tolkning av direktiven

Utredningens uppdrag enligt direktiven är avgränsat till att införa en rättslig reglering av kostnaderna för vaccin för influensapandemi. Utredningen bedömer dock att det vore olyckligt att ha en särskild finansieringsmodell för influensapandemi och en annan modell för andra pandemier. De skäl som gör sig gällande för att staten bör ansvara för kostnaderna för inköp av pandemivaccin gäller oavsett vilken sorts pandemi det är fråga om. Utredningen har därför tolkat uppdraget som att det är en generell reglering av kostnadsansvaret för pandemivaccin som vi har att lämna förslag till.

SKR har till utredningen framfört att staten även bör ta ett ansvar för inköp av vaccin för andra epidemier än de som klassas som en pandemi och som ger upphov till samhällsfarliga sjukdomar. En epidemi definieras enligt nationalencyklopedin som när många människor i ett område under kort tid blir sjuka i samma sjukdom.¹⁴ Utredningen kan konstatera att epidemier förvisso kan utbryta men att dessa ändå är av begränsad omfattning. En epidemi av en sedan tidigare känd pato-

¹¹ Kommittédirektiv *Hälso- och sjukvårdens beredskap och förmåga inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap* (dir. 2018:77), s. 31 och 38.

¹² Budgetpropositionen för 2017 – Förslag till statens budget för 2017, finansplan och skattefrågor (prop. 2016/17:1), Utgiftsområde 25, s. 42.

¹³ Överenskommelse om genomförande av vaccinering mot covid-19, 2021, s. 11.

¹⁴ Nationalencyklopedin, epidemi. www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/enkel/epidemi (besökt 2021-10-22).

gen där det finns ett vaccin faller inom regionernas ansvar. En epidemi med en sedan tidigare okänd patogen finns det sannolikt inget vaccin emot och en sådan begränsad epidemi lär det inte heller under en överskådlig tid finnas ett vaccin mot. Dessa patienter behöver i stället ges vård vilket också detta är regionernas ansvar.

Man kan också fundera om huruvida det i dagens globala samhälle, med ett omfattande resande, är troligt att mer omfattande epidemier i ett begränsat område uppstår, t.ex. enbart i Sverige eller Europa. Om ett utbrott av smitta kan begränsas till ett mindre geografiskt område är detta i så fall genom ett väl utfört smittskyddsarbete. Både det lokala smittskyddet och ett sådant utbrott faller inom det regionala ansvaret.

Utredningen konstaterar att uppdraget enligt direktiven är begränsat till att reglera ansvaret för pandemivaccin. Det ansvar som redan i praktiken reglerats ekonomiskt genom budgetpropositionen för år 2017. Frågan om en eventuell ytterligare avgränsning av regionernas kostnadsansvar enligt smittskyddslagen ligger utanför utredningens uppdrag.

10.3.2 Överväganden kring alternativa sätt att reglera kostnadsansvaret i smittskyddslagen

En reglering av det finansiella ansvaret för inköp av pandemivaccin bör införas i smittskyddslagen. Utredningen ser två alternativa sätt att reglera detta.

Bestämmelser om kostnadsansvar och ersättning finns i 7 kap. smittskyddslagen (2004:168). Det första alternativet är därför att införa en ny 7 kap. 4 b § i smittskyddslagen som anger att staten ansvarar för inköp av och inköpskostnaderna för vaccin som används vid pandemi. Det andra alternativet är att betrakta pandemivacciner som ett nationellt vaccinationsprogram.

Förutsättningarna för att en smittsam sjukdom ska kunna omfattas av ett nationellt vaccinationsprogram anges i 2 kap. 3 d § och 3 e § smittskyddslagen. Det ska finnas ett vaccin mot sjukdomen som kan ges utan föregående diagnos av sjukdomen, och ge mer än kortvarig immunitet mot sjukdomen i hela eller delar av befolkningen. Därutöver ska vaccinet mot sjukdomen kunna förväntas effektivt förhindra spridning av smittsamma sjukdomar i befolkningen, vara samhällsekonomiskt kostnadseffektivt, och vara hållbart från etiska och humanitära utgångspunkter. Nationella vaccinationsprogram kan vara all-

männa och rikta sig till hela befolkningen i definierade åldersgrupper, eller särskilda och rikta sig till särskilt definierade riskgrupper. Det finns i dag bara ett allmänt vaccinationsprogram, det allmänna vaccinationsprogrammet för barn. Det finns ännu inga särskilda vaccinationsprogram, men regeringen har i budgetpropositionen för år 2022 aviserat att det ska införas ett särskilt vaccinationsprogram för pneumokockvaccin till personer i medicinska riskgrupper och personer som är 75 år.¹⁵

När en sjukdom omfattas av ett nationellt vaccinationsprogram får det till följd att regioner och kommuner är skyldiga att erbjuda sådana vacciner och vaccinationerna är kostnadsfria för den enskilde.¹⁶ Sådana vaccinationer ska också registreras i nationella vaccinationsregistret enligt 8 § lagen (2012:453) om register över nationella vaccinationsprogram m.m. Även vaccinationer mot sjukdomen covid-19 ska registreras i vaccinationsregistret med stöd av denna lag.

Ett pandemivaccin skulle teoretiskt kunna uppfylla kriterier för nationella vaccinationsprogram. Det andra alternativet skulle därmed kunna vara att införa en ny bestämmelse i smittskyddslagen som anger att staten ansvarar för kostnaden för inköp av sådana särskilda vacciner som används vid pandemi. Utredningen bedömer dock att de nationella vaccinationsprogrammen är av mer långsiktig karaktär och anser därför att det inte är lämpligt att inkludera pandemivacciner som ges till befolkningen under den pandemiska fasen av sjukdomspridningen.

10.3.3 Utredningens förslag

Utredningen anser att det är mest ändamålsenligt att införa en ny bestämmelse i 7 kap. smittskyddslagen, 7 kap. 4 b §, som anger att staten ansvarar för inköp av vaccin som används vid pandemi samt för kostnaderna för sådana inköp. Nedan beskrivs närmare vad som ska anses utgöra en pandemi och utmaningar med smittskyddslagens bestämmelser om kostnadsansvar för vaccin.

¹⁵ Budgetpropositionen för 2022 (prop. 2021/22:1), Utgiftsområde 9, s. 99.

¹⁶ 2 kap. 3 a och 3 b §§ samt 7 kap. 2 a och 4 a §§ smittskyddslagen (2004:168).

WHO deklarerar vad som utgör en pandemi

Vad som utgör en pandemi är inte definierat i svensk lag. Enligt Nationalencyklopedin är pandemi en epidemi, vanligen av infektionssjukdom, som sprids över världsdelar.¹⁷ Enligt Medicinsk terminologilexikon är pandemi en utifrån kommande smittsam sjukdom som drabbar befolkningen i flera länder.¹⁸ I Världshälsoorganisationens (WHO) internationella hälsoreglemente (IHR) som har genomförts i Sverige genom lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa finns bestämmelser som gäller för hanteringen av pandemier som kan utgöra ett internationellt hot mot människors hälsa. Inom ramen för IHR är det WHO som förklarar att ett utbrott av en smittsam sjukdom ska anses utgöra en pandemi. Regeringens kostnadsansvar enligt den förslagna bestämmelsen i 7 kap. 4 b § smittskyddslagen bör därmed begränsas till kostnader för inköp av vacciner mot sådana smittsamma sjukdomar som WHO har deklarerat utgöra en pandemi.

Med sådana vacciner som används vid pandemi avses bara de vacciner som används för vaccination mot den pandemiska sjukdomen. Regionerna har kvar ordinarie kostnadsansvar för övriga vacciner som kan behöva ges med stöd av smittskyddslagen inom ramen för ordinarie hälso- och sjukvård.

Om ett vaccin mot en pandemisk sjukdom i ett längre perspektiv bör erbjudas till hela eller delar av befolkningen, likt t.ex. influensavaccin, anser utredningen att det bör hanteras på samma sätt alternativt som ett allmänt eller särskilt vaccinationsprogram.

Vaccination kan ha olika syften

Vaccination kan ha flera direkta eller indirekta syften. Vaccination mot ett smittämne innebär normalt att den vaccinerade inte insjuknar eller vid insjuknande inte får ett lika allvarligt sjukdomsförlopp och därmed minskar t.ex. risken för allvarliga men eller död. Indirekt innebär vaccination också att den vaccinerade i många fall minskar spridande av smitta.

¹⁷ Nationalencyklopedin, www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/pandemi, besökt 2022-01-17.

¹⁸ Lindskog, Zetterberg och Nordiska Bokhandelns förlag (1981), Medicinsk terminologilexikon, tryckt i Uppsala 1993.

Utbrottet av sjukdomen covid-19 visar att det inte alltid är givet att vaccination fullt ut hindrar spridandet av smitta, men att det kan ha stor betydelse för att förhindra utvecklandet av allvarlig sjukdom. Det kan därmed samtidigt minska behovet av komplicerad sjukhusvård och förhindra bestående funktionsnedsättningar och förtida död. Vaccin som bidrar till minskat behov av exempelvis intensivvård kan även i situationer där intensivvården är hårt ansträngd få avgörande betydelse för hälso- och sjukvårdens förmåga att ge vård till svårt sjuka och skadade vars vårdbehov inte beror på den sjukdom vaccinet avser.

De befintliga bestämmelserna i 7 kap. 1 och 2 §§ samt 7 kap. 4 och 4 a §§ smittskyddslagen kopplas direkt till minskad risk för smittspridning. Otydligheter kring kostnadsansvar för vaccinationer kan i värsta fall leda till försenade åtgärder och därmed bidra till att fler människor smittas, vilket i sin tur medför samhällskostnader eller i värsta fall att människor blir svårt sjuka. Att enbart knyta frågan om kostnadsfrihet och kostnadsansvar för vacciner vid en pandemi till minskad smittspridning vore olämpligt. Statens kostnadsansvar enligt den nu föreslagna bestämmelsen i nya 7 kap. 4 b § ska därför även omfatta vacciner vid en pandemi som kan förhindra svår sjukdom och död.

Vad som ingår i kostnaden för vaccinet beror på godkännandet

Vacciner levereras många gånger som förfyllda sprutor. I dessa fall behöver inte vaccinatören separat köpa in de medicintekniska produkter, t.ex. kanyler och sprutor, som krävs för att kunna administrera läkemedlet. I samband med pandemier, när stora mängder vaccin ska tillverkas och levereras på kort tid, sker detta som regel inte i förfyllda sprutor utan som ampuller eller vialer innehållande flera doser, s.k. multidosförpackningar. Vid sådana leveranser behöver vaccinatören själv köpa in de medicintekniska produkter som krävs för att kunna administrera vaccinet.

Den föreslagna bestämmelsen i 7 kap. 4 b § smittskyddslagen innebär att staten står för kostnader för vaccin. Huruvida ett vaccin även omfattar de medicintekniska produkter som krävs för att administrera detta beror av i vilken förpackning läkemedlet (vaccinet) är godkänt. Om ett vaccin inte tillhandahålls som förfyllda sprutor är det fortfarande regionernas ansvar att bekosta den utrustning som krävs för att administrera vaccinet, t.ex. sprutor och kanyler.

10.4 Särskilda förmågor för att möta hälsohot

Som framgår av avsnitt 10.1 ovan har utredningens uppdrag begränsats och det har tillsatts flera nya utredningar som ser över beredskapen för att hantera smittsamma sjukdomar och i viss utsträckning andra hälsohot. Socialstyrelsen har också i uppdrag av regeringen att se över de regionala smittskyddsenheternas och smittskyddsläkarnas organisation. Utredningen kommer därför inte att närmare beskriva eller lämna förslag inom dessa områden.

Däremot ska utredningen beskriva om det finns behov av några särskilda förmågor inom hälso- och sjukvården för att hantera olika sorters allvarliga händelser, som inte direkt relaterar till de andra utredningarnas uppdrag. Nedan beskrivs två sådana områden som utredningen identifierat och som inte beskrivs i något annat kapitel i betänkandet. Det gäller sjukvård och omsorg i samband med karantän samt hälsohot kopplat till klimatförändringarna. Hälso- och sjukvårdens beredskap och förmåga att hantera CBRN-händelser beskrivs i stället i avsnitt 6.5.

10.4.1 Planering av sjukvård och omsorg vid karantän

Bedömning: Regioner och kommuner behöver säkerställa sin förmåga att upprätthålla karantänsverksamhet i enlighet med lagen om internationella hot mot människors hälsa. Regioner och kommuner behöver också ha en planering för hur de ska kunna utföra hälso- och sjukvård och omsorg till människor som befinner sig i karantän eller inom ett avspärrat område. I situationer med många personer i karantän eller inom ett avspärrat område ställer det krav på bl.a. tillgång till personlig skyddsutrustning och utbildad och övad personal både från regioner och kommuner.

Karantän är en form av strikt isolering av människa eller djur för att förhindra spridning av smittsam sjukdom.¹⁹ Enligt 3 kap. 9 § smittskyddslagen (2004:168) kan smittskyddsläkaren, om det finns risk för spridning av en samhällsfarlig sjukdom, besluta att den som har eller kan antas ha varit utsatt för smitta av sjukdomen ska hållas i karantän

¹⁹ Nationalencyklopedin, karantän. www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/karantän (hämtad 2021-10-15).

i en viss byggnad, i en avgränsad del av en byggnad eller inom ett visst område. Ett sådant beslut innebär förbud att lämna byggnaden, del av byggnaden eller området samt förbud att ta emot besök där.

Det finns internationella bindande regler om karantän i det internationella hälsoreglementet (IHR) som har tagits fram inom Världshälsoorganisationen WHO. IHR bygger på ett nationellt och internationellt samarbete för att så tidigt som möjligt upptäcka och begränsa spridningen av smittsamma sjukdomar och ämnen som kan utgöra ett internationellt hot mot människors hälsa, både inom Sverige och över gränserna till andra länder.

Bestämmelserna i IHR har genomförts i Sverige genom lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa samt förordningen (2007:156) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa. Därutöver har Folkhälsomyndigheten med stöd av bemyndiganden i lagen och förordningen meddelat föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2015:8) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa samt (HSLF-FS 2015:9) om underrättelseskyldighet vid internationella hot mot människors hälsa. För närvarande pågår en översyn av IHR vilket på sikt kan komma att påverka även den svenska lagstiftningen på området.

Folkhälsomyndigheten har ansvar för att samordna beredskapen mot allvarliga hälsohot. Myndigheten är också utsedd till nationell kontaktpunkt enligt lagen om skydd mot internationella hot mot människors hälsa. Kommunerna ansvarar för att åtgärder till skydd för människors hälsa vidtas i fråga om transportmedel, bagage och annat gods samt djur. Regionen svarar för att smittskyddsåtgärder som riktar sig till människor vidtas.²⁰ Det är Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som har tillsyn över att bestämmelserna i lagen, i anslutande föreskrifter samt att beslut som meddelats med stöd av lagen följs.²¹

Karantänshamnar och karantänsflygplatser

Folkhälsomyndigheten beslutar efter samråd med berörda kommuner och regioner vilka hamnar och flygplatser som ska vara karantänshamnar respektive karantänsflygplatser.²² Folkhälsomyndigheten får

²⁰ 4 § lagen (2006:1570) om internationella hot mot människors hälsa.

²¹ 26 § ovan nämnda författning.

²² 6 § ovan nämnda författning samt 3 § förordningen (2007:156) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa.

också föreskriva om bland annat vilken personal och vilken utrustning som karantänshamnar och karantänsflygplatser ska ha, vilka uppgifter som ska rapporteras till myndigheten, vilka åtgärder till skydd för människors hälsa som myndigheter och kommuner får vidta mot drabbade fartyg och luftfartyg, samt om intyg.²³

I Folkhälsomyndighetens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2015:8) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa framgår vilka hamnar och flygplatser som ska vara karantänshamnar respektive karantänsflygplatser. Där anges att följande hamnar är karantänshamnar: Gävle hamn, Göteborgs hamn, Helsingborgs hamn, Luleå hamn, Malmö hamn, Stockholms hamn, Sundsvalls hamn och Umeå hamn. Följande flygplatser är karantänsflygplatser: Göteborg/Landvetter flygplats, Jönköpings flygplats, Malmö/Sturup flygplats, Stockholm/Arlanda flygplats och Umeå flygplats.

De kommuner och regioner där karantänshamnar och karantänsflygplatser är belägna ska inom sina ansvarsområden svara för att karantänshamnar och karantänsflygplatser har tillgång till den personal och den utrustning som behövs för kontroll av passagerare, transportmedel, bagage och annat gods samt djur för att skydda mot internationella hot mot människors hälsa.²⁴ Smittskyddsläkaren ska samordna smittskyddskontrollen vid karantänshamnar och karantänsflygplatser och ska också hjälpa kommuner och myndigheter när de utför uppgifter enligt lagen.²⁵

Många aktörer berörs av lagen om internationella hot mot människors hälsa. I lagen finns krav på att befälhavare på fartyg och luftfartyg under vissa förutsättningar är skyldiga att lämna information till Tullverket eller Kustbevakningen om hälsotillståndet ombord innan fartyget eller luftfartyget anlöper första svenska hamn eller flygplats. Polismyndigheten ska lämna den hjälp som behövs för att vidta åtgärder enligt lagen eller åtgärder enligt föreskrifter eller beslut som meddelas med stöd av lagen. Personal inom Polisen, Tullverket eller Kustbevakningen som medverkar vid in- och utresekontroll enligt utlänningslagen (2005:716), ska även medverka vid andra åtgärder som vidtas vid karantänshamnar och karantänsflygplatser när det behövs.²⁶

²³ 4–7 §§ förordningen om skydd mot internationella hot mot människors hälsa.

²⁴ 3 § Folkhälsomyndighetens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2015:8) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa.

²⁵ 8 § lagen (2006:1570) om internationella hot mot människors hälsa.

²⁶ 28 och 29 §§ lagen (2006:1570) om internationella hot mot människors hälsa.

Eftersom en rad olika aktörer (privata som offentliga) vid karantänshamnar och karantänsflygplatser berörs vid ett internationellt hot mot människors hälsa så finns behov av samordning. Det gäller såväl vid beredskapsplanering som under en inträffad händelse. Länsstyrelserna har en stödjande och samordnande roll inom krisberedskapen utifrån sitt geografiska områdesansvar. Länsstyrelserna har också uppgifter enligt epizootilagen (1999:657) och epizootiförordningen (1999:659) för att bekämpa smittsamma sjukdomar hos djur.

Krav på förmåga vid karantänshamnar och karantänsflygplatser

Av lag, förordning och föreskrifter om internationella hot mot människors hälsa framgår inte särskilt detaljerade krav på vilken förmåga som ska finnas vid karantänshamnar och karantänsflygplatser. Där-
emot finns tydliga förmågekrav angivna i IHR kopplat till vad karantänshamnar och karantänsflygplatser ska klara av.

I 7 § andra stycket lagen om skydd mot internationella hot mot människors hälsa finns ett bemyndigande för regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, att meddela föreskrifter om vilken personal och vilken utrustning som karantänshamnar och karantänsflygplatser ska ha. Regeringen har inte preciserat några sådana krav i förordning men har i 4 § förordningen (2007:156) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa bemyndigat Folkhälsomyndigheten att meddela föreskrifter om vilken personal och vilken utrustning som karantänshamnar och karantänsflygplatser ska ha. Några sådana förmågekrav har inte angetts i Folkhälsomyndighetens föreskrifter om skydd mot internationella hot mot människors hälsa. Däremot har Folkhälsomyndigheten tagit fram en vägledning om kapacitet vid karantänshamnar och karantänsflygplatser.²⁷ Vägledningen utgår från den svenska lagstiftningen, IHR samt WHO:s vägledning och bedömningsverktyg. I vägledningen anges att den syftar till att tydliggöra vilken förmåga och beredskap som bör finnas.²⁸

Även Transportstyrelsen har tagit fram en vägledning för hantering av allvarliga smittsamma sjukdomar i samband med flygresor.²⁹ Där

²⁷ Folkhälsomyndigheten (2016), *Kapacitet vid karantänshamnar och karantänsflygplatser – Vägledning utifrån det internationella hälsoreglementet*.

²⁸ A.a., s. 5.

²⁹ Transportstyrelsen (2020), *Vägledning vid hantering av allvarliga smittsamma sjukdomar i samband med flygresor*, dnr TSG 2020-9087.

finns konkreta krav på bl.a. vad flygbolagen ska ha planerat för, vad deras personal ska ha förmåga att göra vid misstänkt sjukdom hos passagerare under flygning samt rutiner för hygien vid bagagehantering.

Smittskyddsläkaren ska inom sin region planera, organisera och leda smittskyddet och verka för effektivitet, samordning och likformighet.³⁰ Smittskyddsläkaren i de regioner som har en karantänshamn eller karantänsflygplats ska samordna smittskyddskontrollen vid dessa och stödja kommuner och myndigheter när de utför uppgifter enligt lagen om skydd mot internationella hot mot människors hälsa när det gäller smittsamma sjukdomar.³¹

Berörda kommuner ska, på samma sätt som regionerna, svara för att den personal och den utrustning som behövs finns för att vidta de åtgärder som faller under kommunens ansvar. Kommunen ansvarar för åtgärder till skydd för människors hälsa när det gäller transportmedel, bagage och annat gods samt djur. Kommunernas miljö- och hälsoskyddsnämnder har, enligt miljöbalken (1998:808) tillsynsansvar över bl.a. miljö- och hälsoskyddet. Kommunen ansvarar för att ingripa mot störningar som innebär en olägenhet för människors hälsa och för miljön. Enligt 9 kap. 15 § miljöbalken ska kommunen vid misstanke om att ett djur bär på en allvarlig smittsam sjukdom som kan föras över till människor omedelbart vidta de åtgärder som behövs för att spåra smittan och undanröja risken för smittspridning. Dessutom ska kommunen underrätta smittskyddsläkaren vid sådan smitta.³² Om det är nödvändigt för att förhindra spridning av sjukdomen får kommunen låta förstöra föremål av personlig natur och låta avliva sällskapsdjur som ägs av privatpersoner.³³ Dessutom ansvarar alla kommuner med en hamn där internationell trafik förekommer (inte bara karantänshamnar) för att vidta de åtgärder som behövs för att utrota insekter, råttor och andra djur som ofta är bärare av smittämnen som utgör en hälsorisk för människor och som finns i hamnen. Vissa kommuner är dessutom ansvariga för att utfärda saneringsintyg för fartyg i internationell trafik.³⁴

³⁰ 6 kap. 1 § smittskyddslagen (2004:168).

³¹ 4 och 8 §§ lagen (2006:1570) om internationella hot mot människors hälsa.

³² 9 kap. 14 § miljöbalken.

³³ 9 kap. 15 § miljöbalken.

³⁴ Folkhälsomyndigheten (2016), *Kapacitet vid karantänshamnar och karantänsflygplatser – Vägledning utifrån det internationella hälsoreglementet*, s. 11–12.

Personer i karantän kan också behöva hälso- och sjukvård och omsorg

Regionen ansvarar för att det finns förmåga vid karantänshamnar och karantänsflygplatser att bedöma sjuka eller misstänkt sjuka resenärer och vid behov ordna med vård. Vid händelser som potentiellt kan utgöra ett internationellt hälsohot behöver beredskapen, utöver att hantera enstaka hälsohot, dimensioneras för att hantera en större mängd drabbade eller misstänkt smittsamma eller kontaminerade resenärer.

Smittskyddsläkaren får, om det finns risk för spridning av en samhällsfarlig sjukdom, besluta att den person som har eller kan antas ha varit utsatt för smitta av sjukdomen hålls i karantän. Det kan ske i en viss byggnad, i en avgränsad del av en byggnad eller inom ett visst område.³⁵ Regionerna har ansvar för att karantänlokaler för människor finns tillgängliga. Tillgängligheten till lokaler som kan utnyttjas som karantän bör vara säkrad genom i förväg ingångna avtal eller genom att ändamålsenliga lokaler har inventerats eller på förhand identifierats. Karantän kan när det är möjligt ske i hemmet eller t.ex. på hotell. Beroende på vilken typ av smitta det är fråga om kan det kräva särskild hantering på hotellen bl.a. avseende kontakter med personerna i karantän samt andra aspekter som omhändertagande av avfall och avlopp tills det är känt vilka risker som finns. För resenärer som anländer med fartyg kan karantän ibland ske ombord på fartyget.

Enligt 3 kap. 10 § smittskyddslagen har Folkhälsomyndigheten möjlighet att besluta att ett visst område ska vara avspärrat om en samhällsfarlig sjukdom har eller misstänks ha spridits inom ett avgränsat område – utan att smittkällan eller smittspridningen är fullständigt klarlagd. Ett beslut om avspärrning innebär förbud för den som vistas i området att lämna det. Förbudet innebär även att den som befinner sig utanför området inte kan besöka det.

Det är inspektionen för vård och omsorg (IVO) som utövar tillsyn över både hälso- och sjukvårdslagen, socialtjänstlagen, patient säkerhetslagen och lagen om skydd mot internationella hot mot människors hälsa.

Personer som befinner sig i karantän kan precis som alla andra människor ha behov av olika vård- och omsorgsinsatser. Personer som är i behov av sjukhusvård flyttas vid behov till infektionsklinik på sjukhus. Andra personer behöver kunna få viss hälso- och sjukvård samt

³⁵ 3 kap. 9 § smittskyddslagen.

omsorg utförd under tiden som de vistas i karantän eller befinner sig inom ett avspärrat område.

Regionerna ska enligt 8 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen erbjuda omedelbar hälso- och sjukvård till den som behöver sådan vård och som vistas inom regionen utan att vara bosatt där. Regionen ska också enligt 8 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen erbjuda öppen vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård. Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivare planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen respektive tandvårdslagen upprätthålls.³⁶ Enligt socialtjänstlagen är huvudregeln att det är kommunen där en enskild vistas som ansvarar för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver.³⁷ Kommunens ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård framgår av 12 kap. hälso- och sjukvårdslagen och omfattar främst hemsjukvård och de som bor i särskilda boendeformer eller vistas i dagverksamhet.

Utredningens överväganden

Ur utredningens perspektiv är det frågor om smittskydd och hälso- och sjukvård i anslutning till karantänsverksamhet som är av intresse. I detta ingår även förmåga till personsanering vid kontaminering. Såvitt utredningen erfar från samtal med Folkhälsomyndigheten finns enligt myndigheten en relativt god beredskap att hantera misstänkt smittade personer vid karantänshamnar och karantänsflygplatser. Vid de större karantänsflygplatserna och karantänshamnarna förekommer också sådana fall emellanåt och det finns fungerande rutiner för att hantera dessa personer, kontakta berörda aktörer och vid behov besluta om att placera personerna i karantän eller transportera dem till sjukvård. Vid de större karantänshamnarna och karantänsflygplatserna genomförs enligt Folkhälsomyndigheten också övningar med inblandade aktörer regelbundet.

IVO gjorde år 2019 en tillsynsinsats av en regions och en verksamhetsutövarens beredskap vid en mindre karantänsflygplats. IVO bedömde i tillsynsärendet att det är troligt att luftfartyg med misstänkt smitta ombord kan dirigeras till en mindre karantänsflygplats

³⁶ 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

³⁷ 2 kap. 1 § samt 2 a kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).

för att inte påverka flygtrafiken nationellt. IVO konstaterade vid sin tillsyn att vissa dokument och beredskapsplaner inte var uppdaterade och att övningar inte hade genomförts med tillräcklig regelbundenhet.³⁸

Utredningen konstaterar att beredskapen vid karantänshamnar och karantänflygplatser tycks fungera relativt väl för enstaka fall av misstänkt smittsamma eller kontaminerade personer. Regionernas smittskyddsläkare tycks också generellt ha ett utvecklat samarbete med andra aktörer. Utredningen konstaterar vidare att i situationer med många misstänkt smittade eller kontaminerade personer ställs särskilda krav på tillgång till personlig skyddsutrustning, utbildad och övad personal och tillgång till transport och lokaler. Vid beslut att sätta många personer i karantän är det sannolikt att vissa av dessa personer under tiden i karantän kan behöva sjukvård av annan anledning än som en följd av den misstänkta smittan, t.ex. för kroniska sjukdomar, skador eller andra tillstånd. De kan också behöva kommunal omsorg med stöd av socialtjänstlagen.

I den situation där ett utbrott av smittsam sjukdom sker lokalt i Sverige kan Folkhälsomyndigheten som nämns ovan besluta att ett område ska vara avspärrat. Även personer som befinner sig innanför avspärrade områden har rätt till hälso- och sjukvård och omsorg. Det behöver därmed finnas en planering från regionernas och kommunernas sida för hur hälso- och sjukvård och omsorg ska kunna utföras under både karantän och inom avspärrade områden.

Både kommuner och regioner ska, som utredningen beskrivit i tidigare kapitel, enligt lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, göra en risk- och sårbarhetsanalys där de bl.a. ska analysera vilka extraordinära händelser i fredstid som kan inträffa och vilka konsekvenserna kan bli om de händelserna inträffar. För de kommuner och regioner som har i föreskrift utpekade karantänshamnar och karantänflygplatser innebär det att risk- och sårbarhetsanalyserna behöver innehålla en analys av förmågan att hantera olika typer av händelser kopplat till dessa. Det är också ett område där gemensam planering mellan regionernas smittskyddsläkare och övrig hälso- och sjukvård samt kommunernas omsorg behöver genomföras.

Så länge misstänkt smittade personer befinner sig i karantän i väntan på provsvar, eventuell symtomdebut eller tillfrisknande är hälso- och

³⁸ Inspektionen för vård och omsorg, beslut 2019-08-19, dnr 8.5-8871/2019-10.

sjukvårdsbehoven sannolikt inte något större resurs- eller prioriteringsproblem inom regionen. Däremot kan övergången till isoleringsvård av svårt sjuka personer vara gränssättande eftersom sådan vård kräver särskilda lokaler inklusive en ökad bemanning. I avsnitt 10.2 beskrivs högisoleringsvården och den påverkan på annan vård som den kan medföra genom att den är mycket resurskrävande. Även under vardagliga förhållanden klarar sjukvården bara av att med tänkt organisation vårda ett mycket begränsat antal mycket smittsamma patienter utan att det får undanträngningseffekter.

10.4.2 Hälsohot kopplat till klimatförändringarna

Bedömning: De risker och sårbarheter som kan bli vanligare till följd av klimatförändringarna behöver beaktas i kommunernas och regionernas risk- och sårbarhetsanalyser och inkluderas i beredskapsplaneringen. Effekter av klimatförändringarna är ett område som lämpar sig väl för gemensam planering mellan kommuner och regionen i ett län.

Regeringen har tagit fram en nationell strategi för klimatanpassning.³⁹ I denna konstateras att Sveriges klimat har blivit varmare och mer nederbördsrikt. Även om den globala medeltemperaturökningen begränsas till under två grader Celsius väntas kraftiga klimatförändringar som kommer att påverka Sveriges naturmiljö och de flesta av samhällets sektorer. Enligt SMHI:s klimatscenarier kan årsnederbördsmängden komma att öka med mellan 10 och 40 procent under det närmaste seklet beroende på hur stora utsläppen av växthusgaser blir. Den största ökningen förväntas inträffa under vintern. Samtidigt väntas sommarnederbörden i södra Sverige minska. Extrema väderhändelser som värmebölja, skyfall och kraftiga regn förväntas öka, vilket kan ge ökade problem med översvämningar. Den ökade nederbörden ökar också risker för ras, skred och erosion. Översvämningar och inträngning av salthaltigt vatten förväntas också öka på grund av stigande havsnivåer, särskilt i låglänta kusttrakter i södra Sverige. Uppvärmningen kommer sannolikt att få konsekvenser för en mängd ekosystem.⁴⁰

³⁹ Nationell strategi för klimatanpassning (Prop. 2017/18:163).

⁴⁰ A.a., s. 9.

Regeringen konstaterar att människors hälsa kan påverkas direkt av extrema väderhändelser som värmeböljor och översvämningar. Ett varmare klimat kan även leda till indirekt påverkan genom förändrade smittspridningsmönster och genom att nya sjukdomar når Sverige, eller får förutsättning att etablera sig i här. Miljöförändringar orsakade av klimatförändringar kan påverka hälsotillståndet för såväl djur som människor. Klimatförändringarna kan medföra att hälso- och sjukvården behöver ha beredskap för delvis förändrade händelser på kommunal, regional och nationell nivå.

Flera statliga myndigheter har i uppdrag att arbeta systematiskt med klimatanpassningar. Regeringen har beslutat en förordning (2018:1428) om myndigheternas klimatanpassningsarbete i vilken klimatanpassning definieras som åtgärder som syftar till att skydda miljön, människors liv och hälsa samt egendom genom att samhället anpassas till de konsekvenser som ett förändrat klimat kan medföra. De myndigheter som omfattas av förordningen, bl.a. Folkhälsomyndigheten, Försvarsmakten, länsstyrelserna, MSB och Socialstyrelsen, ska utreda klimatförändringens påverkan på myndighetens verksamhet i en klimat- och sårbarhetsanalys. Analysen ska ses över och uppdateras vid väsentliga förändringar i verksamheten eller minst vart femte år. Klimat- och sårbarhetsanalysen ska ligga till grund för klimatanpassningsarbetets inriktning och utformning och myndigheterna ska ha en handlingsplan för arbetet.

Folkhälsomyndigheten har i sin handlingsplan för 2021–2024⁴¹ identifierat att bl.a. värmeböljor och fästingburna infektioner bedöms vara de största riskerna för folkhälsan i Sverige till följd av klimatförändringarna. Därefter följer sedan myggburna infektioner och skogsbrand. Dessutom väntas en ökning av vatten- och livsmedelsburen smitta, gnagarburna infektioner och pollenallergier.⁴² Folkhälsomyndigheten har också tagit fram en risk- och sårbarhetsanalys av klimatförändringens påverkan på hälsa i Sverige.⁴³ Den syftar bl.a. till att utgöra ett underlag för att utveckla beredskapen, planera för och förebygga riskerna med ett förändrat klimat.

⁴¹ Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsa i ett förändrat klimat, Folkhälsomyndighetens mål och handlingsplan för klimatanpassning 2021–2024*, artikelnummer 20207.

⁴² A.a., s. 7 f.

⁴³ Folkhälsomyndigheten (2021), *Hälsokonsekvenser av klimatförändring i Sverige – En risk- och sårbarhetsanalys*.

Närmare om hälsorisker kopplat till höga temperaturer

Värmeböljor kan ha stora konsekvenser för hälsan hos både människor och djur, både genom påverkan av värmen och genom ökad smittspridning.⁴⁴ Värmeböljor väntas bli vanligare, intensivare och mer långvariga i framtiden och är den klimateffekt som väntas få störst påverkan på hälsan i Europa. Höga temperaturer kan ge direkta effekter på hälsan, och leda till högre dödlighet och sjuklighet i befolkningen. En ökad medeltemperatur och värmeböljor kan också ge indirekta hälsoeffekter, till exempel genom en ökad förekomst av marknära ozon, luftburna partiklar och pollen samt tillväxt av smittämnen i mat, dricksvatten och badvatten.⁴⁵

Enligt MSB är de främsta riskgrupperna vid värmebölja äldre personer samt de som lider av hjärt- och kärlsjukdomar, lungsjukdomar, försämrad njurfunktion, psykisk ohälsa och diabetes. Intag av vissa mediciner såsom vätskedrivande ökar också sårbarheten. Allra störst ökad risk att dö av värme löper personer med lungsjukdomar, oberoende av ålder. Äldre personer drabbas hårt eftersom det med åldrandet sker fysiologiska förändringar som gör att värmeregleringen och vätskebalansen förändras. Små barn och spädbarn är också sårbara mot höga temperaturer eftersom de ännu inte hunnit få en fullt utvecklad värmereglering. Under värmeböljor sker fler dödsfall än vanligt relativt snabbt, många gånger innan patienten söker vård eller blir inlagd på sjukhus.⁴⁶

Folkhälsomyndigheten har tagit fram bl.a. kunskapsstöd om hälsoeffekter av höga temperaturer, vägledning till handlingsplaner till stöd för regional och lokal beredskap samt metodstöd och informationsmaterial till stöd för vård- och omsorg.⁴⁷ Folkhälsomyndigheten vägleder kommunernas miljö- och hälsoskyddsnämnder och länsstyrelserna när det gäller miljöbalkens regler om hälsoskydd. Myndigheten utfärdar till exempel allmänna råd om temperatur inomhus och om fukt och mikroorganismer, och har gett ut en vägledning för hälso-

⁴⁴ *Nationell strategi för klimatanpassning* (Prop. 2017/18:163), s. 44.

⁴⁵ Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsa i ett förändrat klimat, Folkhälsomyndighetens mål och handlingsplan för klimatanpassning 2021–2024*, artikelnummer 20207, s. 17.

⁴⁶ Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2015), *Värmens påverkan på sambället – en kunskapsöversikt för kommuner med faktablad och rekommendationer vid värmebölja*, s. 23–24.

⁴⁷ Exempelvis Folkhälsomyndigheten (2015), *Hälsoeffekter av höga temperaturer – En kunskaps-sammanställning*, artikelnummer: 15048, Folkhälsomyndigheten (2019), *Värme och människa i bebyggd miljö – Kunskapsstöd för åtgärder som minskar hälsoskadlig värme*, artikelnummer: 19043.

skyddstillsyn i lokaler för vård och omsorg.⁴⁸ MSB har också tagit fram en kunskapsöversikt om värmens påverkan på samhället med rekommendationer för kommuner.⁴⁹

Socialstyrelsen gjorde på regeringens uppdrag en utvärdering av krisberedskapen i kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänsten efter värmeböljan år 2018. I den rapporten konstaterar Socialstyrelsen att det främst är personer som är äldre, kroniskt sjuka, eller har vissa typer av funktionsnedsättning som är särskilt sårbara vid värmeböljor. I samband med värmeböljan år 2018 ökade dödligheten jämfört med tidigare somrar. Under juni–augusti år 2018 var den totala överdödligheten cirka 700 dödsfall i befolkningen, men det gick inte vid tidpunkten för rapporten att avgöra hur stor andel av dessa som direkt berodde på värmen.⁵⁰

Konsekvenser av klimatförändringar bör ingå i kommunernas och regionernas beredskapsplanering

De risker och sårbarheter som kan bli vanligare till följd av klimatförändringarna behöver beaktas i kommunernas och regionernas risk- och sårbarhetsanalyser och inkluderas i beredskapsplaneringen. MSB har bedömt att den främsta effekten av värmeböljor inom hälso- och sjukvård och omsorg är det ökande behovet att ta hand om människor som mår dåligt eller dör av värmen. Det kan innebära en ökad patienttillströmning till vårdcentraler och sjukhus men även ett behov av extra insatser inom exempelvis kommunal hemtjänst och äldreboenden. Även vårdpersonalen kan påverkas negativt av varma lokaler. Lösningar innefattar ofta extra kylning av lokaler och människor, något som kan åstadkommas på flera olika sätt. Lösningarna ställer också ofta krav på mer bemanning samt på samverkan mellan t.ex. kommuner och regioner.⁵¹

Andra effekter av höga temperaturer kan påverka hälso- och sjukvården. Exempel på det är att vissa läkemedel har en förkortad hållbarhet vid temperaturer över 25 grader Celsius och att höga temperaturer

⁴⁸ Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsa i ett förändrat klimat, Folkhälsomyndighetens mål och handlingsplan för klimatanpassning 2021–2024*, artikelnummer 20207, s. 17.

⁴⁹ Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2015), *Värmens påverkan på samhället – en kunskapsöversikt för kommuner med faktablad och rekommendationer vid värmebölja*.

⁵⁰ Socialstyrelsen, *Krisberedskap i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård 2018*, s. 7.

⁵¹ Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2015), *Värmens påverkan på samhället – en kunskapsöversikt för kommuner med faktablad och rekommendationer vid värmebölja*, s. 23.

i serverhallar kan påverka funktionaliteten och tillgången till bl.a. patientjournaler och medicinlistor.⁵²

Eftersom kommunerna ofta inte har luftkonditionering i sina vård- och omsorgsboenden kan inomhustemperaturen bli ohälsosamt hög och orsaka sjukdomsfall. Utredningen konstaterar att många patienter vårdas i hemmet där det kan vara extra svårt att hantera höga temperaturer. Mot bakgrund av att värmeböljor väntas bli vanligare, intensivare och mer långvariga i framtiden finns det särskild anledning för kommuner och regioner att planera för hur sådana situationer ska kunna hanteras. Det är särskilt angeläget utifrån den omstrukturering mot nära vård som nu genomförs. Om det är för varmt att vårda svårt sjuka personer i hemmet behöver det exempelvis finnas en planering för hur de drabbade ska kunna flyttas till lokaler där det är möjligt att reglera inomhustemperaturen. Hur bemanningen av dessa nya enheter ska ske behöver också klarläggas. En omständighet som behöver beaktas vid planering för höga temperaturer är att dessa oftast infaller under semesterperioden när både hälso- och sjukvården och omsorgen redan i ett normalläge har problem med att upprätthålla nödvändig bemanning och det förekommer en hel del vikarier i verksamheterna.

När utetemperaturen är högre än innetemperaturen och luften kyls ner kommer luftfuktigheten i den tillförda luften att stiga. Det kan påverka sterilt gods som bland annat förvaras i förråd på operations- och sterilenheter. Emballage blir fuktiga och därmed kan steriliteten gå förlorad vilket leder till att sterilt gods blir tvunget att återsteriliseras och engångsmaterial kasseras.

Även skyfall och översvämningar kan snabbt få påverkan på kommunala boenden eller på möjligheterna för vård och omsorgspersonal att nå fram till patienternas hem. Det kan föranleda att vissa boenden som är lokaliserade så att de löper risk att översvämmas kan behöva ha en övad plan för evakuering.

Utredningen konstaterar att händelser som är effekter av klimatförändringar är sådana som lämpar sig väl för gemensam planering mellan kommuner och regionen inom ett län.

⁵² A.a., s. 24.

11 Prehospital akutsjukvård, sjuktransporter och samverkan med räddningstjänst

Sjukvård bedrivs inte enbart på vårdinrättningar och sjukhus. Situationer där patienten inte själv kan ta sig till en vårdcentral eller en akutmottagning inträffar dagligen. Det kan vara i form av enstaka sjukdoms- eller olycksfall i hemmet, olyckor i samband med friluftaktiviteter eller i vid större trafikskadehändelser eller antagonistiska händelser med många skadade. I dessa fall behöver sjukvård även bedrivas utanför sjukhus och vårdinrättningar. Den sammanfattande beteckningen på sådan vård är *prehospital sjukvård*.

Det finns också ofta ett sjukvårdsbehov i samband med olika räddningstjänstinsatser, både vid kommunal räddningstjänst och vid statlig räddningstjänst som t.ex. fjäll- eller sjöräddning. Vid sådana situationer är samverkan mellan hälso- och sjukvården samt räddningstjänsten av stor betydelse både för att identifiera sjukvårdsbehoven och att tillgodose att vård kan ges.

Vid prehospital sjukvård och när den inte drabbade själv kan ta sig till sjukhus eller vårdinrättning krävs sjuktransporter. Sjuktransporter behövs också i olika situationer när patienter behöver flyttas mellan olika sjukhus, t.ex. för att komma till en högre sjukvårdsnivå.

Regionerna ska enligt 7 kap. 6 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), i det följande förkortad HSL, ansvara för att det finns en ändamålsenlig organisation för att till och från vårdinrättning eller läkare transportera personer vars tillstånd kräver att transporten utförs med transportmedel som är särskilt inrättade för ändamålet. Sjuktransport är det sammanfattande begrepp som används för sådana transporter.¹ Sjuktransporter är hälso- och sjukvård enligt HSL.²

¹ Socialstyrelsen (Termbanken) anmärkning till termen sjuktransportorganisation, beslutat 2020.

² 2 kap. 1 § tredje stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

11.1 Regionernas ansvar för prehospitala sjukvårdsinsatser och sjuktransporter

Regionernas ansvar för hälso- och sjukvård framgår av HSL. Där framgår bl.a. att regionerna ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård. Regionen ska också planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls.³ Regionen svarar enligt HSL även för att det inom regionen finns en ändamålsenlig organisation för att till och från vårdinrättning eller läkare transportera personer vars tillstånd kräver att transporten utförs med transportmedel som är särskilt inrättade för ändamålet.⁴

Prehospital sjukvård och sjuktransporter är utifrån ovanstående en naturlig del i regionernas ansvar och ska både planeras, ledas och följas upp. Det finns ett nära samband mellan prehospital akutsjukvård, sjuktransporter och katastrofmedicinsk beredskap.

Bestämmelserna i HSL kompletteras bl.a. av Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:10) om ambulanssjukvård m.m. där det anges att varje region ska upprätta en plan för ambulanssjukvården inom sitt geografiska område, oavsett om den bedrivs på land, vatten eller i luften.⁵

11.1.1 Prehospital sjukvård och prehospital akutsjukvård

Två begrepp som anknyter till ambulanssjukvård och vård på skadep plats är prehospital vård och prehospital akutsjukvård. Begreppet prehospital akutsjukvård används av Socialstyrelsen i två olika definitioner. I de ovan nämnda föreskrifterna om ambulanssjukvård används definitionen *omedelbara medicinska åtgärder som vidtas av hälso- och sjukvårdspersonal utanför sjukhus* och i Socialstyrelsens termbank används definitionen *omedelbara medicinska insatser som utförs utanför vårdenhet av hälso- och sjukvårdspersonal*. Begreppen är snarlika men skiljer sig åt avseende huruvida vården bedrivs utanför sjukhus eller vårdenhet.

³ 7 kap. 2 § i ovan nämnda författning.

⁴ 7 kap. 6 § i ovan nämnda författning.

⁵ 1 kap. 1 § samt 2 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:10) om ambulanssjukvård m.m.

Utredningen avser med prehospital akutsjukvård *omedelbara medicinska insatser som utförs av hälso- och sjukvårdspersonal utanför vårdinrättning*. Detta innebär att prehospital akutsjukvård inte avgränsas efter vilken hälso- och sjukvårdspersonal som deltar i insatsen, det spelar alltså ingen roll om det är personal ur ambulanssjukvården, akutsjukvården eller primärvården som genomför insatsen.

11.1.2 Regionernas ansvar för sjuktransporter

Bedömning: Regionerna behöver, var och en för sig eller gemensamt, säkerställa att hälso- och sjukvården har tillräcklig kapacitet att utföra sjuktransporter. Det framgår av befintliga bestämmelser i 7 kap. 6 § hälso- och sjukvårdslagen.

Förstärkningsresurser i form av stöd från statliga myndigheter kan vara ett värdefullt bidrag vid situationer med många skadade eller sjuka, men kan inte tas för givet från hälso- och sjukvården eftersom myndigheterna i första hand är skyldiga att upprätthålla sin egen verksamhet och deras möjligheter att stödja hälso- och sjukvården är beroende av vad som händer i samhället i övrigt.

Regionernas ansvar för sjuktransporter har utvecklats över tid. Nedan beskrivs bakgrunden till att regionerna fick ansvar för sjuktransporter och hur det har förändrats över åren.

Regionernas huvudmannaskap för sjuktransporter infördes på 1960-talet

Bestämmelsen om regionernas ansvar för sjuktransporter infördes ursprungligen år 1964 och har sin grund i dåvarande 3 § sjukvårdslagen (1962:242). Fram till år 1964 var ansvaret för sjuktransporter splittrat på många aktörer. Av förarbetena till bestämmelsen framgår att den dåvarande frånvaron av lagstadgat huvudmannaskap medfört att ett mindre antal landsting (numera regioner) inte tagit någon befattning med ambulansväsendet. Uppdelningen av ambulanstransportverksamheten på många olika aktörer ledde också till att en hjälpbehövande inte visste vart de skulle vända sig. Uppdelningen sägs även ha motverkat enhetlighet i fråga om personalens utbildning och

fordonens utformning. Samordningen eller kontakten mellan olika sjuktransportorgan, liksom mellan ambulanspersonalen och sjukhusläkarna, var också stundom bristfällig. Konkurrens mellan privata ambulansföretag hade lett till att närbelägna ambulanser inte kunnat ingripa vid olycksfall utan hjälp i stället behövt rekvireras från avlägsna orter.⁶

Mot bakgrund av detta infördes ett huvudmannaskap för landstingen, dagens regioner, som innebar en skyldighet att övervaka att den inom sjukvårdsområdet befintliga ambulansorganisationen inte blev bristfällig i ett eller annat hänseende och att det krävdes en fortlöpande kontroll av transportapparatusens effektivitet, fordonens utrustning och personalens utbildning. Huvudmannaskapet skulle inte medföra skyldighet för landstingen att själva utföra sjuktransporterna utan de kunde t.ex. genom avtal med kommuner eller transportföretag tillse att den erforderliga transportberedskapen finns.⁷

Det kan konstateras att bestämmelsen förutom huvudmannaskapet tar sikte på sjuktransportens utrustning, personalens utbildning och i viss mån organisatoriska frågor. I samma proposition nämns också inrättandet av ett nationellt nödnummer, 90 000 motsvarande dagens 112, för att komma i kontakt med bl.a. ambulanscentralerna som de då kallades.⁸ Redan då kan man således notera den uppdelning av det som i dag betecknas larmning och de delar som utgör prioritering och dirigerings och som var en del av ambulanscentralens verksamhet.

Tidigare begränsning till vägburna transporter togs bort och ansvaret omfattar numera alla sjuktransporter

När bestämmelsen om regionernas ansvar för sjuktransporter infördes 1964 begränsades regionernas ansvar till vägburna transporter. Denna begränsning togs bort i samband med totalförvarspropositionen 1991/92 då ordet *fordon* i bestämmelsen byttes mot *transportmedel*.⁹

⁶ Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen med förslag till lag om ändrad lydelse av 3 § sjukvårdslagen den 6 juni 1962 (nr 242) (prop. 1964:159), s. 6.

⁷ Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen med förslag till lag om ändrad lydelse av 3 § sjukvårdslagen den 6 juni 1962 (nr 242) (prop. 1964:159), s. 13.

⁸ A.a., s. 5.

⁹ Regeringens proposition om verksamhet och anslag inom totalförsvaret under budgetåret 1991/92 (prop. 1990/91:102), bilaga 2, s. 11–12.

Förändringen innebar att regionen skulle bedöma behovet av alla olika slags sjuktransporter inom sitt sjukvårdsområde, överväga hur tillgängliga sjuktransportresurser bäst kan användas och planera de organisatoriska åtgärder som erfordras för att uppfylla lagens krav på en god hälso- och sjukvård. Regeringen påtalade att regionernas bedömning även bör innefatta de särskilda behov som kan föreligga till följd av kris- och krigsförhållanden. Målsättningen skulle vara att vårdinsatsen ska kunna påbörjas redan när den skadade hämtas på olycks- eller insjuknandeplatsen med t.ex. en helikopter. Regeringen påpekade att sjukvårdshuvudmannen har ett ansvar både för att adekvat medicinsk utrustning finns tillgänglig och för att ändamålsenligt utbildad personal finns att tillgå även när sjukvårdshuvudmannen själv inte ombesörjer sjuktransporten.¹⁰ Det kan noteras att regeringen i sammanhanget bl.a. valde att peka på de organisatoriska åtgärder som krävs för att utföra en god hälso- och sjukvård. Detta kan inrymma många delar, bl.a. prioriterings- och dirigeringsfunktionen, för att resurserna ska används på bästa sätt och med tillgängliga resurser utföra bästa möjliga vård.

Utifrån ovanstående kan man sluta sig till att det i dag inte finns några närmare krav på vilka olika transportsätt som en region ska ha tillgång till utan att hälso- och sjukvårdslagens krav på en god vård ska uppfyllas. Regionen ska också, som tidigare beskrivits, planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård.¹¹ Sjuktransporter ska kunna utföras med olika transportmedel för att nå olika geografiska platser och att transporterna ska vara inrättade för att bedriva olika typer av vård, t.ex. intensivvård, akut psykiatri eller sekundär transport av stabil patient.

Sjuktransporten är en del av den sammanhängande vårdkedjan och måste därför följa samma kompetens- och kvalitetskrav som övrig vård. Regionens ansvar för hälso- och sjukvård omfattar hela det geografiska området oavsett om det nås via väg, luft eller vatten. Indirekt ställer detta krav på karaktären av den tillhandahållna transportförmågan.

Utöver vägambulanser finns i dag luft- och vattenburna ambulanser, t.ex. ambulanshelikopter och ambulansflyg samt på något ställe i landet även ambulans på båt. I ett till ytan stort land, med en spridd

¹⁰ A.a.

¹¹ 7 kap. 2 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

befolkning och till stor del väglös geografi är luftburna ambulans-transporter en viktig resurs för regionerna. I samband med sjukvårdsinsatser i oländig miljö är tillgången till helikopterresurser ofta nödvändigt för att nå ut till den drabbade och för att genomföra snabb sjuktransport till sjukhus.

Ambulanshelikoptrar finns i dag i regionerna Västra Götaland, Gotland, Stockholm, Uppsala, Värmland, Dalarna, Jämtland Härjedalen, Västerbotten och Norrbotten. Det finns också överenskommelser mellan regioner i Sverige och våra grannländer Norge, Finland och Danmark avseende ambulanssjukvård. Av Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:10) om ambulanssjukvård m.m. framgår att en ambulans alltid ska vara bemannad med hälso- och sjukvårdspersonal som har behörighet att administrera läkemedel. Det innebär att det måste finnas minst en sjuksköterska eller läkare i varje ambulans.

I tillägg till ambulanser finns det på olika håll andra resurser som erbjuder sjuksköterske- eller läkarbemannad prehospital akutsjukvård, t.ex. akutbilar.

Vissa regioner bedriver ambulanssjukvård i egen regi medan andra upphandlar ambulanssjukvårdstjänster enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling. Även kommuner kan enligt 3 kap. 2 § lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter ingå avtal med regioner om att utföra ambulanstransporter. Eftersom ansvaret för ambulanssjukvården ligger på respektive region finns inga nationella heltäckande lösningar för varken de vägburna ambulanserna, ambulanshelikoptrarna eller sjöambulansen. Kapacitet och bemanningen skiljer sig därför åt mellan regionerna. Däremot har regionerna skapat en gemensam nationell förmåga avseende flygambulanser¹² organiserad i ett kommunalförbund.

Socialstyrelsen fick år 2021 i uppdrag från regeringen att kartlägga den prehospitala vården samt att följa upp och utvärdera regeringens satsningar på ambulanssjukvården 2021–2023. Utifrån kartläggningen ska Socialstyrelsen lämna förslag på hur den prehospitala vården kan utvecklas, effektiviseras och stärkas på ett ändamålsenligt och kostnads-effektivt sätt. Uppdraget ska redovisas senast den 1 oktober 2022.¹³

¹² Med flygambulans avses flygplan särskilt inrättade för sjuktransport. Termen är dock inte definierad och det kan noteras att även om helikoptrar flyger brukar dessa benämnas ambulanshelikoptrar.

¹³ Uppdrag till Socialstyrelsen att kartlägga den prehospitala vården samt att följa upp och utvärdera regeringens satsningar på ambulanssjukvården 2021–2023, (S2021/02144 [delvis]).

Närmare om begreppen sjuktransport och ambulans

Redan på 1960-talet användes begreppet ambulanstransporter. I 7 kap. 6 § HSL anges att regionerna ska ansvara för att det finns en ändamålsenlig organisation för att till och från vårdinrättning eller läkare transportera personer vars tillstånd kräver att transporten utförs med transportmedel som är särskilt inrättade för ändamålet. Sjuktransport är det sammanfattande begrepp som används för sådana transporter. I vardagligt tal inom hälso- och sjukvården avses ofta med sjuktransporter sådana transporter som personellt och utrustningsmässigt är kvalitativt lägre utrustad än ambulanser. I Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:10) om ambulanssjukvård m.m. definieras ambulans som transportmedel avsett och utrustat för ambulanssjukvård och transport av sjuka och skadade. Ambulanssjukvård definieras i föreskrifterna som hälso- och sjukvård som utförs av hälso- och sjukvårdspersonal i eller i anslutning till ambulans.¹⁴ Trots definitionen av ambulanssjukvård måste föreskriften tolkas som att den gäller alla sådana sjuktransporter som genomförs med transportmedel som är särskilt inrättade för ändamålet, dvs. som kommer av bestämmelsen i 7 kap. 6 § HSL. I det följande kommer begreppet sjuktransport att användas som en överordnad term som, om inget annat särskilt anges, omfattar alla former av sjuktransporter. I den mån termen ambulans används avser detta *en akut transport eller en annan transport med ett transportmedel som har en hög nivå på medicinsk utrustning och personal med kompetens att under transporten bedriva avancerad vård*. Terminologin på området och hur den används i regionerna gör dock att det inte alltid är lätt att vara entydig.

Vården i samband med sjuktransport utvecklas

Ambulanssjukvården har under senare år blivit allt mer avancerad och är i dag mer än bara en transportorganisation. Högre ställda kompetenskrav och framsteg inom medicinska behandlingsmetoder tillsammans med den medicintekniska utvecklingen har påverkat utvecklingen av ambulanssjukvården. Vägambulanser är grunden för ambulansverksamheten och tillgången till ambulanshelikoptrar och ambulansflygplan varierar mellan regionerna. Den största personalkategorin inom ambulanssjukvården är sjuksköterskor med specialistutbild-

¹⁴ 1 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:10) om ambulanssjukvård m.m.

ning inom ambulanssjukvård. Det är också vanligt med ambulanssjukvårdare, vilka har en kortare vårdutbildning, men läkare förekommer i mindre omfattning.¹⁵ Den ökade specialiseringen i vården och den tekniska utvecklingen i övrigt gör att vi i dag ser mer och mer specialiserade resurser för sjuktransport. I dag finns särskilda ambulanser inrättade för viss typ av vård, t.ex. särskilda s.k. intensivvårdsambulanser, som framför allt används vid sekundärtransporter av svårt sjuka patienter mellan vårdinrättningar.

Ambulansföreskrifter

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:10) om ambulanssjukvård m.m., i det följande förkortat ambulansföreskrifterna, ska tillämpas i sådan verksamhet som omfattas av 7 kap. 6 § HSL, oavsett om den bedrivs på land, vatten eller i luften.¹⁶ Som konstaterats definierar Socialstyrelsen ambulanssjukvård som hälso- och sjukvård som utförs av hälso- och sjukvårdspersonal i eller i anslutning till ambulans.¹⁷ Ambulans definieras som ett transportmedel avsett och utrustat för ambulanssjukvård och transport av sjuka och skadade på väg, vatten eller i luften.¹⁸ Det kan konstateras att dessa definitioner inte är helt tydliga då de kopplar till varandra och inte är substituerbara. Det är också otydligt att ambulanssjukvård begränsas till *i eller i anslutning till en ambulans*. Begränsningen innebär exempelvis att det är oklart om det är att betrakta som ambulanssjukvård när den drabbade finns i en lägenhet flera våningar upp eller flera hundra meter ut i skogen. Vanligtvis betraktas all akut vård utanför en vård-enhet som prehospital akutsjukvård. De krav på kvalitet och patientsäkerhet som ställs i t.ex. HSL och patientsäkerhetslagen gäller oavsett om vården bedrivs på en vårdinrättning, i en sjuktransport, på en skadepplats eller i en sjuk eller skadad patients hem. En stor del av den prehospitala akutsjukvården utförs av personal inom ambulanssjukvården utan att det för den delen sker i direkt anslutning till en ambulans. Det kan därför finnas anledning att se över dagens ambulansföreskrifter och fundera över vilka krav som behöver ställas på sjuk-

¹⁵ Myndigheten för vårdanalys (2018): *En akut bild av Sverige*, s. 119.

¹⁶ 1 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård m.m. (SOSFS 2009:10).

¹⁷ 1 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård m.m. (SOSFS 2009:10).

¹⁸ A.a.

transporterna i sig, t.ex. avseende märkning och utrustning, och vad som i övrigt bör gälla för prehospital hälso- och sjukvård.

I ambulansföreskrifterna finns närmare bestämmelser om att varje region ska upprätta en plan för ambulanssjukvården inom sitt geografiska område. Av planen ska framgå vilka mål som har fastställts, vilka resurser som ska finnas och hur ambulanssjukvården ska vara organiserad. Planen ska vara samordnad med den fredstida katastrofmedicinska beredskapsplanen och planläggningen inför höjd beredskap.¹⁹

Regionernas ansvar gäller även bortom farbar väg

Regionerna ansvarar för alla sjuktransporter enligt hälso- och sjukvårdslagen, både på väg och vatten samt i luften och oavsett var olycks- eller sjukdomsplatsen är belägen. Hälso- och sjukvårdslagen innehåller inga begränsningar av ansvaret. Däremot finns det ett undantag för sjuktransporter från fartyg, vilket regleras särskilt i lagen (2003:778) om skydd mot olyckor och i stället är Sjöfartsverkets ansvar. Sjöfartsverkets ansvar omfattar dock inte att bedriva hälso- och sjukvård som avses i hälso- och sjukvårdslagen.²⁰ Sjöfartsverkets ansvar för sjuktransporter gäller inte vattendrag, kanaler, hamnar och andra insjöar än Väneren, Vättern och Mälaren, så där har regionerna kvar ansvaret.²¹ Regionens ansvar att tillhandahålla hälso- och sjukvård sträcker sig ut till den svenska territorialgränsen.

Regeringen har i förarbetena till lagen om skydd mot olyckor uttalat sig om regionens ansvar i samband med bl.a. fjällräddning:

Regeringen anser, i likhet med utredningen, att det är naturligt och mest ändamålsenligt att ansvaret för sjuktransportverksamheten är knutet till landstingen såsom huvudmän för hälso- och sjukvården. Detta oavsett var en olycksplats är belägen. Anknytningen till sjukvården är viktig för sjuktransportverksamhetens medicinska standard och målsättningen måste vara att en sjukvårdsinsats skall påbörjas redan när den skadade hämtas på en olycksplats. Som huvudregel får räddningstjänstpersonalen inte utöva hälso- och sjukvård. Landstingen skall således ha det samlade ansvaret för sjuktransportverksamheten. I sammanhanget bör nämnas

¹⁹ 2 kap. 1 § i ovan nämnda föreskrift.

²⁰ 1 kap. 4 § lagen (2003:778) om skydd mot olyckor samt Reformerad räddningstjänstlagstiftning (prop. 2002/03:119), s. 102 f.

²¹ 4 kap. 3 § lagen (2003:778) om skydd mot olyckor, 4 kap. 8 § förordningen (2003:789) om skydd mot olyckor samt prop. 2004/05:17 Kommunal medverkan i landstingens sjuktransporter, s. 6 och 11.

att de räddningstjänståtgärder som enligt LSO nu omfattas av polisens ansvar för fjällräddningstjänst och efterforskning av försvunna personer i och för sig kan innefatta transporter av skadade och sjuka. Vidare anses, i den hjälpande verksamhet som enligt 2 § 4 polislagen (1984:387) åligger polisen, även ingå att i vissa fall ombesörja transporter av skadade och sjuka. Bestämmelserna i LSO eller polislagen begränsar emellertid inte landstingets principiella ansvar för sjuktransporter enligt HSL. Omhändertagandet av en skadad i samband med en räddningsinsats och ansvaret för att föra denne bort från en riskfylld skadeplats kan falla inom räddningstjänstbegreppet och därmed inom kommunernas ansvar för räddningstjänst. Med beaktande av vad som ovan redogjorts beträffande innehållet i HSL, är det regeringens uppfattning att landstingens ansvar för sjuktransporter redan klart framgår av nu gällande bestämmelser i denna lag. Någon ändring på denna punkt behövs således inte. Det bör understrykas att landstingens ansvar inte innebär att samtliga landsting måste skaffa alla de personella och materiella resurser som krävs för att driva verksamheten i egen regi. Det får i stället närmast betraktas som en förutsättning att landstingen har möjlighet att utnyttja resurser som finns hos andra organ. Sådant utnyttjande kan komma till stånd efter det att nödvändiga överenskommelser träffats mellan inblandade parter.²²

Regeringen har tidigare konstaterat att regionen ska bedöma behovet av alla olika slags sjuktransporter inom sitt område, överväga hur tillgängliga sjuktransportresurser bäst kan användas och planera de organisatoriska åtgärder som behövs för att uppfylla kraven på en god hälso- och sjukvård. Regionens bedömning ska även innefatta de särskilda behov som kan föreligga till följd av kris- och krigsförhållanden. Målsättningen ska vara att vårdinsatsen ska kunna påbörjas redan när den skadade hämtas på olycks- eller insjuknandeplatsen, även om det sker med t.ex. en helikopter som ägs av en annan aktör. Sjukvårdshuvudmännen har därför också ett ansvar både för att adekvat medicinsk utrustning finns tillgänglig och för att ändamålsenligt utbildad personal finns att tillgå även när regionen själv inte ombesörjer transporten.²³

Regionerna måste själva klara av sjuktransporter

Som framgått ovan har regeringen ända sedan 1960-talet tryckt på att regionerna inte nödvändigtvis måste ha egna resurser för att utföra sjuktransporter. Detta uttalande måste förstås som att det är upp till

²² Reformerad räddningstjänstlagstiftning (prop. 2002/03:119), s. 83 ff.

²³ Regeringens proposition om verksamhet och anslag inom totalförsvaret under budgetåret 1991/92, (prop. 1990/91:102), bilaga 2, s. 11–12.

regionerna hur de vill organisera sjuktransporterna och med vilka andra aktörer de vill ingå avtal om sjuktransporttjänster. Ansvaret faller dock fortfarande på regionerna som huvudmän och hur ambulanssjukvården organiseras ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård m.m. beskrivas i en plan.

Det finns dock även andra aktörer som har möjlighet att genomföra sjuktransporter men som inte ingår i regionens verksamhet, aktörer med vilka det inte finns avtal som reglerar deltagandet. En utgångspunkt vid bedömningen av i vilken utsträckning sådana aktörers resurser kan användas som förstärkningsresurser för hälso- och sjukvården är att alla aktörer i första hand har ansvar för att dimensionera sin egen verksamhet utifrån sina egna behov. När händelser blir så omfattande att det inte är rimligt att klara av dem inom ramen för den egna verksamheten kan det bli aktuellt att efterfråga stöd från sådana andra aktörer.

En region behöver säkerställa att den verksamhet regionen ansvarar för klarar av de behov som kan förutses uppkomma inom ramen för den ordinarie verksamheten. Regionen ska också enligt 7 kap. 2 § HSL kunna upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap. Den högspecialiserade vården utgör ett avsteg från denna princip eftersom det i förväg har beslutats på vilka platser sådan vård ska bedrivas. Stöd från andra regioner kan utgöra en förstärkningsresurs, men är inte avsett att fungera som en ersättning för egen förmåga. Stöd kan också bara påräknas när sådant utrymme finns i andra regioner.

På samma sätt behöver regionerna säkerställa att deras egna behov av sjuktransporter, på väg och i luften, kan tillgodoses genom egen förmåga eller genom avtal. Stöd med t.ex. helikopterresurser kan under vissa förutsättningar lämnas från Försvarsmakten och Sjöfartsverket, men bara i den utsträckning det är fråga om livshotande situationer där omedelbar transport är avgörande för behandlingen av skadade eller sjuka personer, och bara om det kan ske utan allvarligt hinder mot dessa myndigheters ordinarie verksamhet eller dess medverkan enligt lagen om skydd mot olyckor. Dessa myndigheters resurser är tillskapade för sådana uppgifter som dessa myndigheter har ansvar för att sköta, och antalet resurser är dimensionerat utifrån dessa verksamheters behov. Beroende på vad som händer i samhället kan dessa resurser vara upptagna, eller vara i beredskap för andra lika angelägna uppgifter. Därför måste utgångspunkten vara att alla sjukvårdshuvudmän själva, eller gemensamt, måste säkerställa att hälso-

och sjukvården har kapacitet att hantera sina egna sjuktransporter. Det framgår av befintliga bestämmelser i 7 kap. 6 § HSL. Förstärkningsresurser genom stöd från statliga myndigheter är ett värdefullt bidrag vid stora skadeutfall eller situationer med många sjuka, men kan inte påräknas från hälso- och sjukvården eftersom sådana stödresurser är beroende av vad som händer i övrigt i samhället.

11.1.3 Stöd för prehospital akutsjukvård

Bedömning: Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård behöver ses över. Det finns vid en sådan översyn skäl att överväga vilka krav som bör ställas på sjuktransporter och vilka krav som bör ställas på prehospital akutsjukvård. Föreskrifter om prehospital akutsjukvård skulle även kunna innehålla närmare bestämmelser om att regioner ska ha strukturer för samverkan och ledning på skadeplats och gälla oavsett om det inträffat en allvarlig händelse eller inte.

Även om de andra aktörer som deltar vid händelser som kräver prehospitala akutsjukvårdsinsatser har olika organisationer och deras ledningsbehov ser olika ut behöver det planeras hur samordning kan uppnås och vilka beslut som fattas på vilka nivåer i de olika organisationerna. För att skapa bättre förutsättningar för samverkan och ledning vid gemensamma insatser behöver hälso- och sjukvården ta fram en samverkans- och ledningsmodell som bättre överensstämmer med de andra blåljusaktörernas organisationer.

Regionerna behöver också hitta organisatoriska former för att leda och stödja sjukvårdsinsatser på distans, innan regionens egen sjukvårdspersonal hinner fram till en skadeplats eller när regionens personal inte kan ta sig fram till den plats där den skadade eller sjuka personen befinner sig. Regionerna avgör själva utifrån egen organisation hur detta bör organiseras.

All sjukvård behöver planeras och ledas, detta gäller även prehospital akutsjukvård och ambulanssjukvård. Vad som allmänt gäller för planering och ledning av hälso- och sjukvården framgår av kapitel 3.5. Utredningen beskriver också ett antal problem med planering och ledning i avsnitt 4.1 och 4.2 samt lämnar förslag om planering i avsnitt 5.1. Kortfattat kan sägas att utredningen konstaterat att det i vissa situa-

tioner kan vara svårt att i ett kort tidsperspektiv inrikta och samordna hälso- och sjukvård som utförs av olika aktörer. Det finns då ett behov av ett större inslag av samverkan för att uppnå samordning. Oaktat vad som framgår av ovan nämnda avsnitt om ledning på en övergripande nivå finns det behov av system för samordning genom samverkan och ledning på lägre nivåer inom hälso- och sjukvården. Inte minst gäller detta för områden där det finns interaktionsytter mot andra aktörer. Den prehospitala akutsjukvården och ambulanssjukvården utgör ett tydligt sådant exempel.

Prehospital akutsjukvård eller prehospital sjukvårdsledning regleras inte i de i föregående avsnitt nämnda ambulansföreskrifterna. Prehospital sjukvårdsledning och ledning av ambulanssjukvården utgår i stället ifrån Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap. Föreskrifterna ställer i dag krav på att det ska finnas en särskild sjukvårdsledning som ska kunna verka *på regional nivå* samt *i ett skadeområde, i ambulanssjukvården och på vårdenheter*. Den särskilda sjukvårdsledningen ska ha förmåga att administrativt leda sjukvårdsinsatser (sjukvårdsledare) och ha kompetens att göra medicinska prioriteringar och besluta om medicinska åtgärder (medicinskt ansvarig). Sjukvårdsledaren och den medicinskt ansvariga kan vara en och samma person. Vid sjukvårdsinsatser i ett skadeområde ska den särskilda sjukvårdsledningen använda beteckningarna sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig.²⁴ Resonemang av betydelse för begreppet katastrof, katastrofmedicin och katastrofmedicinsk beredskap finns i avsnitt 4.1.2. Utredningen har också i avsnitt 4.2.2 redogjort för en del utmaningar vad avser de särskilda sjukvårdsledningen på i första hand regional nivå och sjukhus. Här förs ett vidare resonemang utifrån prehospitalt arbete, dvs. på skadeplats och inom ambulanssjukvården.

År 2003 fick Katastrofmedicinskt Centrum i Linköping i uppdrag av Socialstyrelsen att ta fram en gemensam utbildning för särskild sjukvårdsledning i skadeområde, så kallad prehospital särskild sjukvårdsledning (PS). Utbildningen skulle även innefatta ett spridningskoncept så att alla inom ambulanssjukvården inom en snar framtid skulle kunna delta i utbildning. Konceptet skulle användas vid *miss-tänkt allvarlig händelse* men även kunna fungera vid *dagliga skadehän-*

²⁴ 6 kap. 2–5 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.

delser.²⁵ Alla regioner arbetar i dag utifrån PS-konceptet. Det finns 20 olika PS-fakulteter runt om landet som utbildar PS-användare i sin egen region.²⁶ Konceptet får sägas vara väl etablerat. Det finns däremot ingen enhetlig lösning på den särskilda sjukvårdsledning som enligt ovan nämnda föreskrifter ska finnas för ambulanssjukvården. Det är inte heller tydligt vad som avses med en särskild sjukvårdsledning i ambulanssjukvården, kravet fanns inte i de ursprungliga föreskrifterna från år 2005. Utredningen tolkar det dock som någon form av bakre ledning för ambulanssjukvården i regionen vilket vi återkommer till längre fram.

Även om prehospital särskild sjukvårdsledning och PS-konceptet utgår ifrån den reglering som finns i Socialstyrelsens föreskrifter om katastrofmedicinsk beredskap tillämpas den i vardagen vid mindre omfattande händelser med fler än en skadad, som en del av den ordinarie prehospitala sjukvårdsorganisationen. Redan vid t.ex. en mindre trafikolycka med flera skadade etableras en prehospital sjukvårdsledning med rollerna medicinskt ansvarig och sjukvårdsledare.

Behov av en bakre eller yttre ledning för prehospital akutsjukvård och ambulanssjukvård

Bortsett från skade- och sjukdomsfall i hemmet²⁷ är prehospitala akutsjukvårdsinsatser sällan av den art att sjukvården är den enda berörda aktören. Ofta krävs samverkan på flera nivåer med t.ex. polis eller räddningstjänst i samband med en mer omfattande händelse. Samverkan på skade- eller olycksplats är en sådan nivå. Även arbete tillsammans med andra vårdgivares personal och ambulanser på skadeplats kräver samverkan. Historiskt har mycket av samverkan, när så varit möjligt, skett på själva skadeplatsen mellan polisinsatschef, räddningsledare och sjukvårdsledare. Vid mindre olyckor är så fortfarande fallet, det sker en direktsamverkan mellan närvarande poliser, räddningstjänstpersonal och sjukvårdspersonal. Beroende på händelsens natur anpassar dock olika aktörer sin organisation efter de behov som uppstår för att åstadkomma en effektiv ledning av den egna organisationen eller utifrån det egna ansvaret. Vid större eller mer om-

²⁵ Linköpings Universitet (2014): *PS – Prehospital Sjukvårdsledning, ett nationellt koncept* (2014-06-01).

²⁶ www.psconcept.se/om-ps, besökt 2021-06-23.

²⁷ Ett skadefall i hemmet kan även kräva en polisiär insats om det t.ex. är orsakat av en annan person och det finns misstanke om brott.

fattande händelser har t.ex. vissa aktörer valt att flytta en del av den yttre ledningsfunktionen längre bort från själva olycks- eller skadeplatsen, bl.a. som en följd av de risker som finns eller kan finnas direkt på själva platsen. Till exempel befinner sig inte alltid polisinsatschefen eller det yttre befälet vid händelsens centrum utan ersätts där av en "platschef" medan polisinsatschefen har en lite mer tillbakadragen ledningsplats. Men ofta fortfarande på fältet. Detsamma gäller ibland räddningstjänsten.

Olika händelser leder till olika respons hos olika aktörer. Det är inte givet att alla händelser leder till lika omfattande insatser. Detta speglas i hur man väljer att vid den aktuella händelsen organisera sin ledning. En situation där polisen väljer att inleda en särskild händelse kan omfatta sjukvårdsbehov men inte nödvändigtvis av den omfattning att en region upprättar en särskild sjukvårdsledning. Det finns i sådana situationer inte alltid en motpart på alla ledningsnivåer.

Hälso- och sjukvården arbetar som beskrivits tidigare utifrån modellen med en regional och flera lokala särskilda sjukvårdsledningar vilket innebär prehospital sjukvårdsledning med en sjukvårdsledare på skadeplats. Detta innebär i praktiken att det kan saknas en representant för sjukvårdsfunktionen som kan samverka eller fatta medicinska inriktningsbeslut för det prehospitala arbetet vid en ledningsplats längre bort från själva skadeplatsen där polis och eventuellt räddningstjänst befinner sig. Det finns inte heller i alla situationer en etablerad särskild sjukvårdsledning vare sig på sjukhus eller på regional nivå. I praktiken innebär detta att situationer kan uppstå när alla prehospitala samverkans- och ledningsbehov läggs på sjukvårdsledaren på skadeplats utan bakre stöd om inte särskild sjukvårdsledning på sjukhus eller i regionen är etablerad.

Det har inom hälso- och sjukvården på senare tid identifierats ett behov av att snabbt kunna eskalera en ledningsförmåga samt fatta snabba beslut med bäring på just den prehospitala vårdens och ambulanssjukvårdens bedrivande. Flera regioner har för att hantera problemen ovan skapat en funktion med ambulanschef i beredskap (ACIB) och/eller ett inre befäl (IB) som kunnat stötta dirigeringscentralen och enheterna på fältet. Det finns dock i dag ingen enhetlighet i hur detta organiseras eller benämns. Inom ramen för SKR:s ambulansforum har deltagarna däremot tagit initiativ till ett arbete för att se över ledningsfunktionerna för ambulanssjukvården.

Utredningen kan konstatera att oavsett hur man väljer att organisera sig är det viktigt att det klaras ut vem som samverkar med vem och vilken funktion för ledning och samverkan som aktiveras när hos de olika aktörerna. Detta kompliceras ytterligare av att polisen, räddningstjänsten och sjukvården har olika regionala indelningar som innebär att man kan behöva förhålla sig till flera olika lösningar för respektive aktör, t.ex. kan en polisregion behöva hantera sjukvårdens val att organisera sig olika i olika regioner.

Sjukvårdsinsatser i oländig terräng

Vid räddningsinsatser i oländig terräng eller till sjöss blir skillnaderna i ledningsstrukturer också tydliga. Vid exempelvis fjällräddning med samtidig sjukvårdsinsats leds polisens fjällräddningsinsats av räddningsledare vid en regionledningscentral och på plats finns en insatsledare från fjällräddningen tillsammans med sin grupp av fjällräddare. Sjukvårdsinsatsen leds av ambulanspersonal (prehospital sjukvårdsledare) antingen på olycksplatsen, eller på väg till närmast farbara upphämningsplats. I vissa fall leds verksamheten av regionens helikopterläkare om en sådan finns. Samma problematik som ovan uppstår vid en sjöräddningsinsats med samtidig sjukvårdsbehov.²⁸

Sjukvården tillämpar helt enkelt en ordning som innebär att när sjukvårdsresurser larmats ut till en olycksplats finns inte längre med säkerhet någon uppföljning av hur händelsen utvecklar sig. Det är den prehospitala sjukvårdsledaren som larmas till platsen som ska efterfråga fler resurser, sköta samverkan med andra aktörer i skadeområdet, och i förekommande fall kommunicera med mottagande sjukhus. Vid mer omfattande händelser kan regionernas tjänsteman i beredskap kontaktas och en särskild sjukvårdsledning på regional nivå kan etableras och stödja i hantering av vissa frågor. Det kan handla om att begära ytterligare resurser, besluta om inriktning för triagering och vid behov kontakta andra regioner för att be om hjälp. Regional särskild sjukvårdsledning har dock vid omfattande händelser många andra uppgifter som att skapa samordning och eventuellt leda hela regionens sjukvårdsverksamhet. Det kan konstateras att även i dessa situationer skulle en särskild bakre samverkans- eller

²⁸ Socialstyrelsen (2020), *Inriktning och samordning inom hälso- och sjukvården vid särskild händelse. Projektrapport: Implementering av "Gemensamma grunder för samverkan och ledning vid sambällsstörningar" i landstingen*, (Art.nr 2020-1-6569), s. 65.

ledningsfunktion för den prehospitala vården underlätta insatsen och samordningen.

Sjukvården behöver kunna leda och stödja prehospitala insatser på distans

Det är inte alla räddningsinsatser där hälso- och sjukvårdspersonalen följer med eller finns på plats från början. I de fall då räddningstjänstpersonal vid en räddningsinsats misstänker att det kan finnas sjukvårdsbehov behöver de kunna få kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal på distans. En sjukvårdsinsats ska kunna starta så snart ett vårdbehov identifierats. Det gäller både i väntan på att hälso- och sjukvårdspersonal kommer till platsen och i fall där räddningsinsatsen behöver fullföljas utan närvarande hälso- och sjukvårdspersonal. Det behöver då finnas en funktion inom hälso- och sjukvården som räddningstjänsten kan kontakta dygnet runt. Funktionen behöver kunna göra bedömningen av om sjukvårdsbehov föreligger och om sjukvårdspersonal ska inväntas på plats, stödja med medicinska beslut eller vägleda räddningstjänstpersonalen i vilka åtgärder de ska vidta fram till dess att sjukvården kan möta upp. Någon sådan funktion finns generellt inte hos regionerna i dag.

Fjällräddningen har angett att de i avsaknad av en sådan funktion i regionerna som har fjällkedja ofta i stället kontaktar regionernas helikopterläkare för sådana frågor, men det saknas etablerade rutiner för detta. Vid behov kan också fjällräddarna kontakta SOS Alarm som i sin tur kan kontakta någon med högre medicinsk kompetens för omprövning av vårdbehov. Det kan exempelvis gälla om en skadad person omedelbart ska flyttas ner till farbar väg där ambulans kan möta upp, eller om fjällräddningen ska invänta hälso- och sjukvårdspersonal på platsen. Men behoven är som nämnts ovan inte avgränsade till fjällräddning, utan motsvarande behov finns vid andra räddningsinsatser.

Ambulansföreskrifterna behöver ses över

Utifrån vad som framkom i avsnitt 11.1.1 samt i detta avsnitt anser utredningen att det finns skäl för Socialstyrelsen att se över sina föreskrifter om ambulanssjukvård. Det finns ett flertal anledningar till detta.

Det är utifrån vad utredningen redogjort för uppenbart att frågor om prehospital akutsjukvård och ambulanssjukvård går i varandra. Utredningen kan också konstatera att sjuktransporter inte heller enbart är en fråga om ambulanstransporter från skadeplats vid allvarliga händelser eller vid efter larm om andra sjukdoms- eller olyckstillbud. Det är också en fråga om omfördelnings- eller sekundärtransporter i vardagen. I dag finns olika transportmedel inrättade på olika sätt för olika typer av sjukdomsfall eller skador. Därmed kan man säga att det även finns en specialisering inom ambulanssjukvården som i dag inte avspeglas i Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård m.m. Begreppen ambulans och ambulanssjukvård är i dag inte heller tydligt definierade och bör ses över i förhållande till vad som sägs i HSL om särskilt inrättade transportmedel. I detta sammanhang bör även begreppet sjuktransport beaktas.

Vad gäller ambulanssjukvård bör denna ses över i förhållande till prehospital akutsjukvård. Det är viktigt att en sådan analys inte stannar vid en begreppsanalys utan föregås av en systemanalys av hela den prehospitala akutsjukvården, inom vilken ambulanssjukvården så som den uttrycks i dag är en del (se vidare nästa avsnitt). Begreppsanalysen bör också ta stor hänsyn till hur begreppen används i gällande lagstiftning.

Vid en översyn av ambulansföreskrifterna finns det enligt utredningen också behov av att se över organisationen kring ambulanssjukvården och hur de olika sjuktransportuppdragen hänger ihop. Det behöver finnas en tydlighet i hur ledningen av organisationen sker i vardagen och hur den knyter an till de särskilda krav på samordning som uppstår i samband med situationer med många skadade eller sjuka eller vid katastrofsituationer. Precis som vid modelleringen av särskild sjukvårdsledning runt millennieskiftet så kan det finnas behov av att ambulanssjukvårdens organisation modelleras gemensamt mellan Socialstyrelsen, de berörda regionerna, och i förekommande fall deras egna prioriterings- och dirigeringsfunktioner, och SOS Alarm. En sådan modellering behöver inte innebära att Socialstyrelsen föreskriver om hur en organisation ska se ut, men att viktiga interaktionspunkter identifieras som behöver se lika ut eller benämnas på ett likartat sätt. Enligt utredningen framstår nuvarande situation med många aktörer, nivåer och uppdrag på området som komplex med ett stort behov av att uttrycka hur samordning uppnås.

Ett gemensamt arbete och enhetliga lösningar på vissa frågor behöver inte med automatik innebära att det fråntar regionerna möjligheten att organisera verksamheten utifrån lokala förutsättningar. Tvärtom är detta något som behöver beaktas i en modellering, att skapa enhetlighet om det som behöver vara enhetligt och möjliggöra lokal variation där sådan är en förutsättning. Det behöver dock inte vara olika bara för att det kan vara olika.

Den är enligt utredningen viktigt att den organisation som skapas kan hantera sjuktransporter både i vardag, fredstida kris, höjd beredskap och krig. Det innebär att den ska kunna verka under mycket ansträngda förhållande med störningar i infrastruktur. I synnerhet i den högre delen av hotskalan ställs stora krav på en enkel och tydlig struktur där flera regioner och Försvarsmakten kan samverka effektivt. Utredningen kan konstatera att just den prehospitala hälso- och sjukvården är ett område där det finns stora fördelar med en nationell enhetlighet. Sådan enhetlighet är grunden för att olika aktörer ska kunna samverka effektivt. Det måste vara tydligt för alla aktörer vilka roller som finns, vem man ska kontakta och vilka mandat dessa funktioner har. Ovanstående ger också en god grund för samverkan med Försvarsmakten och skapar förutsättningar för att uppnå samordning av sjuktransporter i händelse av höjd beredskap eller krig, men även i de fall Försvarsmakten lämnar stöd till det civila samhället.

En väl fungerande prehospital akutsjukvård är en viktig del av hälso- och sjukvårdens uppdrag. Patienters tillgång till rätt vård av god kvalitet inom en medicinskt motiverad tid gäller oberoende av var man bor i landet och är en jämlikhetsfråga. Jämlikhet i detta fall innebär inte att alla i en nödsituation kan få en sjuktransport inom samma tidsintervall på samma sätt som att alla inte nås av räddningstjänsten inom samma tid i händelse av en brand. Jämlikhet i detta fall handlar i stället om att alla ska få den vård man behöver inom medicinskt motiverad tid. Vad som utgör rimlig tid och därmed avsättande av rimliga resurser måste avgöras utifrån tillsynen. Effektiva transportmedel bemannade med rätt kompetens är avgörande i akuta situationer, där tiden är en viktig faktor.

Det uppdrag Socialstyrelsen har från regeringen att lämna förslag på hur den prehospitala vården kan utvecklas, effektiviseras och stärkas på ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt kommer sannolikt också medföra behov av en översyn av ambulansföreskrifterna.

Stöd och ledning för prehospital akutsjukvård behöver utvecklas

Den prehospitala hälso- och sjukvården är organiserad på olika sätt i olika regioner. Prehospital akutsjukvård utförs dock i många fall av ambulanssjukvården. Det är därmed tydligt att det finns en koppling mellan den prehospitala akutsjukvården och ambulanssjukvården såväl som att det finns ett tydligt behov av dessa funktioner både vid enstaka sjukdoms- eller olycksfall i vardagen samt vid mer omfattande händelser med många skadade eller sjuka. Prehospital akutsjukvård och ambulanssjukvård är därmed inte enbart en fråga för situationer med många skadade eller sjuka, eller katastrofsituationer.

I dag finns föreskrifter om ambulanssjukvård men det saknas föreskrifter om prehospital akutsjukvård. Ledning vid prehospitala akuta sjukvårdsinsatser utgår ifrån de föreskrifter Socialstyrelsen tagit fram för katastrofmedicinsk beredskap och som inte är tänkta att beskriva situationer vardagen. Det frivilliga PS-konceptet som beskrivits ovan däremot är framtaget för att fungera både för vardagssituationer och större händelser.

Utredningen redogör i avsnitt 4.1 och 4.2 för ett antal problem med de katastrofmedicinska föreskrifterna som i bl.a. innebär att det reglerar ledningsfrågor på ett sätt som inte överensstämmer med vad som utgör planering och ett antal problem som rör möjligheterna till ledning på en regionövergripande nivå. Utredningen lämnar med anledning av detta i avsnitt 5.1 förslag till en förändrad bestämmelse om planering för händelser med många skadade eller sjuka eller för katastrofer i vården som ersätter dagens bestämmelse om planering för en katastrofmedicinsk beredskap. Utredningen föreslår vidare en förordning för att reglera de planeringsuppgifter som i dag finns i de katastrofmedicinska föreskrifterna (se avsnitt 5.1). Om ändringarna genomförs innebär det att Socialstyrelsens föreskrifter om katastrofmedicinsk beredskap behöver ses över eller upphävas. Detta får i så fall påverka på prehospital sjukvårdsledning och vissa bestämmelser i nuvarande ambulansföreskrifter, till exempel kopplingen till katastrofmedicinsk plan.

Som beskrivits i ovan har det framförts behov av en bakre ledning för ambulanssjukvården och prehospital akutsjukvård, både för samordning av händelser då det bedrivs en sjukvårdsinsats och som stöd för situationer då beslut om en sjukvårdsinsats ännu inte fattats. För att skapa bättre förutsättningar för samverkan vid gemensamma in-

satser bedömer utredningen att hälso- och sjukvården behöver ta fram en samverkansmodell som bättre tar hänsyn till med de andra blåljusaktörernas ledningsfunktioner. Utredningen konstaterar också att regionerna behöver hitta organisatoriska former för att stödja och leda prehospitla sjukvårdsinsatser på distans, både i avvaktan på att regionens egen sjukvårdspersonal hinner fram till en olycksplats och i fall när regionens personal inte kan ta sig fram till den plats där den skadade eller sjuka personen befinner sig. Det är alltid hälso- och sjukvårdspersonal som ska göra bedömningen av om vårdbehov föreligger, inte räddningstjänstpersonalen, och därmed behöver regionerna ha en organisation som möjliggör det.

Utredningen konstaterar att regionerna har stor frihet att själva organisera sin hälso- och sjukvård utifrån regionala och lokala förhållanden. Utredningen kan samtidigt konstatera att gemensam nomenklatur och tydliga roller underlättar samverkan mellan olika aktörer i en region och mellan regioner. Ett område där det ofta sker samverkan mellan olika aktörer och även mellan aktörer från olika regioner är på skadeplatser. Det kan därför finnas skäl att särskilt reglera sådana roller i föreskrifter. Det framstår inte heller som en kontroversiell fråga om alla regioner i dag arbetar efter samma system.

På samma sätt som utredningen övergripande beskrivit i avsnitt 4.2 och 5.1.1 vad avser samverkan och ledning vid situationer med många skadade eller sjuka är det viktigt att det framgår av aktuella planverk hur samordning ska uppnås. Eftersom prehospitla sjukvårdsinsatser ofta involverar andra aktörer som t.ex. polis och räddningstjänst och som i sin organisation kan möta flera regioner och deras olika sätt att organisera sig finns ett stort behov av att regionerna i prehospital sjukvårdsledning eftersträvar att göra så lika som möjligt, eller i vilket fall ha så lika gränssytor som möjligt gentemot andra aktörer.

11.2 Prioritering, dirigering och samverkan kring transporter

Bedömning: Det behöver tas ett samlat nationellt grepp om samordningen av sjuktransporter. Behoven av samordning har påtalats under mycket lång tid utan resultat.

Alarmering, prioritering och dirigering av sjuktransporter är en central och viktig funktion för hälso- och sjukvården som behöver vara robust och kunna upprätthållas även i kris och krig. Därför behöver samma krav på robusthet och säkerhetsskydd gälla oavsett om verksamheten bedrivs av SOS Alarm eller av regionerna själva. Detta behöver beaktas när regionerna tar ställning till i vilken form de väljer att bedriva denna verksamhet.

Det behöver finnas en förmåga att, vid situationer med många skadade och sjuka, eller då det av andra skäl föreligger en brist på sjuktransportresurser, kunna samverka kring prioritering och dirigering av transportresurser på nationell nivå. För att detta ska kunna ske behöver prioritering och dirigering ske utifrån gemensamma principer. Detta förutsätter också gemensamma definitioner och minimikrav för de olika specialiserade sjuktransporter som finns i dag.

Varje region ansvarar själv för ambulanssjukvården inom sitt område. Som framgick ovan ska det enligt 7 kap. 6 § HSL inom regionen finnas en ändamålsenlig organisation för att till och från vårdinrättning eller läkare transportera personer vars tillstånd kräver att transporten utförs med transportmedel som är särskilt inrättade för ändamålet. Av Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård framgår vidare att det för verksamheten ska finnas en plan som anger mål, organisation och resurser. Det ska också finnas ett ledningssystem som ska innehålla de processer och rutiner som behövs för att säkerställa att verksamheten uppfyller de krav som ställs.²⁹ Av 5 kap. 1 § i ambulansföreskrifterna framgår att den region som anlitar en larmcentral för larmning av ambulans i ett avtal med centralen ska reglera centralens tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som har kompetens för uppgiften, centralens rätt att disponera ambulanser (dispositions rätt), och vilka tekniska lösningar för larm

²⁹ 3 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:10) om ambulanssjukvård m.m.

och övrig kommunikation som ska användas mellan centralen och en ambulans.

Utöver ovanstående krav gäller kommunallagens, i det följande förkortat KL, övriga krav samt bl.a. HSL:s krav på att hälso- och sjukvården ska ledas av en eller flera nämnder. Av 5 kap. 1 § KL följer att fullmäktige beslutar i ärenden av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt för kommunen eller regionen, främst mål och riktlinjer för verksamheten. Planen för ambulanssjukvården är av en sådan karaktär att det kan vara lämpligt att den antas av fullmäktige. Regionen ska samordna planen för ambulanssjukvården med den fredstida katastrofmedicinska beredskapsplanen och planläggningen inför höjd beredskap.³⁰

Den koncentration av vård som sker både regionalt och nationellt gör att en händelse snabbt får konsekvenser för flera regioner. Närmaste universitetssjukhus finns ibland i en annan region eller i en annan samverkansregion. Det ställer krav på samverkan kring ambulanstransporter och andra sekundärtransporter av patienter.

11.2.1 Alarmering, prioritering och dirigering

Larmning av ambulans sker via det nationella nödnumret 112 eller vad gäller flyg- eller sjöräddning via 112, via nödsändare eller direkt kontakt med Sjöfartsverkets sjö- och flygräddningscentral, på engelska Joint Rescue Coordination Center, förkortat JRCC. JRCC ska, i de fall de är primärkontakt vid ett larm, vid behov av en sjukvårdsinsats vidarebefordra ärendet till SOS Alarm.

SOS Alarm, som ägs gemensamt av Staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), ska enligt bolagsordningen samordna och utöva det allmännas alarmeringsfunktioner, även mot ersättning tillhandahålla alarmerings-, larm och övervakningstjänster samt bedriva annan därmed förenlig verksamhet.³¹ Detta innebär att SOS Alarm nationellt svarar för larmtjänsten 112 samt att de mot ersättning kan erbjuda kommuner och regioner andra larmtjänster än 112-tjänsten, dirigering och prioritering av till exempel ambulanser och kommunala räddningstjänstresurser.³² SOS Alarms uppdrag regleras

³⁰ 2 kap. 1 § sista stycket Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård m.m.

³¹ 3 § Bolagsordning för SOS Alarm Sverige AB, organisationsnummer 556159-5819.

³² Regeringskansliet (2021): *Verksamhetsberättelse för bolag med statligt ägande 2020* (artikelnummer N2021.01), s. 68.

till stora delar i alarmeringsavtalet mellan staten och bolaget.³³ SOS Alarm besvarar alltså alla 112-anrop, bedömer om det är ett akut ärende och om så är fallet, vilket eller vilka hjälporgan som behövs. Denna ordning kan spåras tillbaka till de ändringar som genomfördes i larmningsfunktioner och sjuktransportverksamheten i mitten på 1960-talet. MSB utövar kontroll av att åtagandena i alarmeringsavtalet mellan staten och SOS Alarm uppfylls.³⁴

Det kan konstateras att det finns vissa krav kring organisation och ledning av sjuktransporter. Bestämmelsen i 7 kap. 6 § HSL omfattar både akuta och andra transporter, både på väg, vatten eller i luft. Bestämmelsen omfattar alla situationer som kräver att transporten utförs med transportmedel som är särskilt inrättade för ändamålet.

Regionerna skiljer ofta på begreppen larmning, prioritering och dirigeringsfunktion. Detta beror antagligen på att larmning alltid ska ske via 112, vilket är nationellt reglerat, och att samtalen alltid tas emot av SOS Alarm. Prioritering och dirigeringsfunktion däremot är en fråga om att bedöma ett medicinskt behov och att eventuellt styra transportresurser i en viss riktning. Prioriterings- och dirigeringsfunktionerna kan regionerna utföra i egen regi eller köpa som tjänst t.ex. från SOS Alarm. Även detta är i linje med hur man resonerade när bestämmelsen infördes i mitten på 1960-talet.

Prioritering och dirigeringsfunktion sker på olika sätt i olika regioner

Flera regioner har i dag valt att sköta hela eller delar av prioritering och dirigeringsfunktion i egen regi. Andra regioner köper hela tjänsten från t.ex. SOS Alarm. SOS Alarm utför prioritering och dirigeringsfunktion åt flera regioner genom lokala larmcentraler. Aktörerna som utför prioritering och dirigeringsfunktionen är därför organisatoriskt och geografiskt spridda. Regioner reglerar i avtal med SOS Alarm hur utalarmering, prioritering och dirigeringsfunktion ska gå till samt vilken medicinsk kompetens som krävs vid bedömning och prioritering av vårdärenden. Många regioner har krav på att en sjuksköterska ska intervjuva den hjälpsökande och bedöma vårdbehov. Sjuksköterskan är då placerad på SOS-central eller på SOS Alarms särskilda medicinska specialistcenter, dit

³³ Alarmeringsavtal mellan staten och SOS Alarm Sverige AB, Ju2020/04730.

³⁴ 18 d § förordningen (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.

samtalen vidarekopplas. Vissa regioner ställer inte särskilda krav på kompetens i vårdärenden utan utgår ifrån att SOS Alarm säkerställer att den som gör bedömningen har tillräcklig kompetens för att uppfylla de krav som kommer av patientsäkerhetslagen (PSL) och andra lagar. Prioriteringen görs då av 112-mottagaren.³⁵ Av 1 kap. 4 § PSL framgår att personal vid larmcentral och sjukvårdsrådgivning som förmedlar hjälp eller lämnar råd och upplysningar till vårdsökande är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal. Därmed gäller alla de krav som ställs på sådan personal och som kommer av PSL.³⁶

Varje region kan som utgångspunkt bara larma ut den egna regionens ambulansresurser. För att få hjälp från en annan, t.ex. angränsande, region behöver en särskild kontakt tas med den berörda regionen. Vissa regioner har genom avtal skapat vad de kallar gränslös dirigeringsområde som möjliggör för ambulansdirigenter att larma ut närmaste resurs, oavsett vilken region den tillhör. Sådana avtal förekommer också i gränsområden mellan de berörda regionerna och aktörer i Norge och Finland. Vad utredningen erfar verkar dessa avtal inte alltid innebära en så gränslös dirigeringsområde som man kan ledas att tro utifrån begreppet. Ibland sträcker sig gränslösheten endast till att gälla mellan förvaltningar eller sjukvårdsområden inom en region och i andra fall måste den region som äger en resurs ändå alltid kontaktas för att en ledig resurs ska kunna disponeras.

Exempel på hur prioritering och dirigeringsområde har organiserats i regioner

Västra Götalandsregionen har valt att i egen regi organisera prioriteringsfunktionen, dvs. mottagning och bedömning av medicinska nödsamtal som inkommer via 112.³⁷ I samtalet intervjuas den hjälpsökande av sjukvårdspersonal för att göra en bedömning av hur regionen på bästa sätt ska kunna hjälpa till. Hjälpen kan bestå av att en ambulans eller annan transport från till exempel ambulanssjukvården skickas ut, men i vissa fall kan den inringande hänvisas till annan vårdgivare eller få andra råd. I de fall en resurs ska larmas ut har

³⁵ En myndighet för alarmering (SOU 2013:33), s. 122.

³⁶ Bestämmelsen om larmpersonal infördes genom propositionen *Patientsäkerhet och tillsyn* (prop. 2009/10:210). Även om tillägget kan anses rimligt kan det noteras att det i propositionen saknas ett vidare resonemang kring motiven.

³⁷ 352 § Åtgärder avseende alarmeringstjänsten i Västra Götaland, Protokoll från regionstyrelsen den 17 december 2019.

regionen valt att köpa dirigerings-tjänsten av SOS Alarm. Regionen dirigerar däremot själva det som kallas liggande sjuktransport och inte kommer in som ett larmsamtal. Denna resurs är bemannad med under-sköterska.

Regionerna Sörmland, Uppsala och Västmanland har valt att organisera dirigeringsfunktionen som en gemensam ambulansdirigerings-nämnd.³⁸ Trots benämningen dirigeringsnämnd avses både uppgiften att prioritera och dirigera.³⁹ Verksamheten ska bedrivas i en informell organisation bestående av en ambulansdirigeringsenhet inom varje regions organisation benämnd Sjukvårdens larmcentral. Regionerna ska samordna och effektivisera verksamheten inom ramen för organisationen. Regionerna har ett gemensamt medicinskt beslutsstödsystem, gemensam teknisk plattform, gemensam utbildningsfunktion och gemensamma instruktioner i verksamheten, i syfte att uppnå likställdhet inom samverkansområdet. Inkommande samtal till Sjukvårdens larmcentraler ska besvaras efter principen först det egna länet och därefter första lediga larmoperatör/sjuksköterska inom larmcentralen. Regionerna ska fortlöpande stödja och hjälpa varandra inom ramen för organisationen. Sjukvårdens larmcentral ska kunna koordinera resurser och även kunna hantera extraordinära händelser i samverkan med andra myndigheter. Särskild vikt ska läggas vid möjligheten att koordinera större händelser. Regelbundna beredskapsövningar ska ske i samverkan och tillsammans med andra myndigheter. Samarbetet med ambulansdirigering mellan parterna hindrar inte samverkan med intilliggande län.⁴⁰

I både fallet Västra Götalandsregionen och de tre regionerna Sörmland, Uppsala och Västmanland benämns funktionen Sjukvårdens larmcentral, men som framgår ovan varierar innehållet i funktionen. De är organisatoriskt två helt olika aktörer.

Region Gotland köper tjänsten prioritering och dirigering av SOS Alarm. Sedan år 2020 har regionen och SOS Alarm kommit överens om att flytta dirigeringen till SOS Alarms central i Östersund i stället för centralen i Stockholm.⁴¹ SOS Alarm i Östersund, som även betjänar Region Jämtland-Härjedalen och Region Västerbotten, har erfarenhet av sådana förutsättningar som finns på Gotland med säsong-

³⁸ Region Sörmland: *Reglemente för gemensam ambulansdirigeringsnämnd* (STYR20-2605).

³⁹ www.akademiska.se/tor-vardgivare/verksamhetsomraden/ambulanssjukvard/larmcentral, besökt 2021-06-23.

⁴⁰ Region Sörmland: *Reglemente för gemensam ambulansdirigeringsnämnd* (STYR20-2605).

⁴¹ www.gotland.se/107049, besökt 2021-06-23.

varierande invånarantal, få ambulansresurser och en stor andel landsbygd. Därför har Gotlands mottagning av vårdsamtal och dirigering av ambulanser och helikopter flyttas till Östersund. Genom denna åtgärd uppstår också en jämn belastning på verksamheten över året eftersom centralen i Östersund har en större mängd samtal från turister i Jämtland Härjedalen under vintern och från Gotland under sommaren. Detta kan tjäna som ett exempel på hur en anpassning utifrån lokala förutsättningar kan skapa en mer effektiv hantering.

Socialstyrelsen betonar i sin rapport *Traumavård vid allvarlig händelse* vikten av att personalen som värderar behovet av vård och resurser vid alarmeringsfunktionen har rätt kompetens. Tillgången till medicinskt beslutstöd i larm- och prioriteringsprocessen skiljer sig mellan olika delar av landet vilket medför att bedömningarna av vård- och resursbehov riskerar att bli olika.⁴²

Dirigering kan omfatta olika uppdrag

Även innehållet i tjänsten dirigering av sjuktransporter kan omfatta olika uppdrag oavsett om den utförs i egen regi eller köps som en tjänst. För vissa regioner, exempelvis Region Östergötland, innebär dirigering att en larmcentral eller dirigeringsfunktion efter ett larmsamtal skickar en eller flera resurser till en viss adress eller plats. När resursen nått den bestämda adressen eller platsen upphör dirigeringsfunktionens uppdrag. Sjukvårdspersonalen utför den vård som ska utföras och tar vid behov med en patient till eller från en vårdinrättning eller läkare. Vart en akut sjuk patient transporteras är i vardagen en bedömning som görs av ambulanspersonalen utifrån ett i förväg fastställt så kallat destinationsstöd och kräver ingen ytterligare ledning. Om transporten i stället avser en sekundärtransport gör den sändande enheten upp med en mottagande enhet och lägger sedan en beställning gentemot dirigeringsfunktionen.

Andra regioner, exempelvis Region Stockholm, har en funktion i anslutning till dirigeringsfunktionen som även kan leda/styra transporten till rätt sjukhus.

⁴² Socialstyrelsen (2015), *Traumavård vid allvarlig händelse*, s. 43.

11.2.2 Tidigare översyner av alarmering och dirigeringsfunktioner

Det har under många år identifierats behov av ökad samordning av alarmering och dirigeringsfunktioner. Två statliga utredningar har under senare år utrett frågan om SOS Alarm, Alarmeringsutredningen⁴³ och 112-utredningen⁴⁴. Däremellan har Riksrevisionen granskat regeringens styrning av SOS Alarm.⁴⁵

Nedan beskrivs kortfattat vissa slutsatser från de två statliga utredningarna av betydelse för beredskapen.

Alarmeringsutredningen (SOU 2013:33)

Alarmeringsutredningen konstaterade bland annat att det saknas en samlad författningsreglering av den alarmering som avser nödsituationer. De bestämmelser om alarmering som finns i författningar om räddningstjänst respektive hälso- och sjukvård omfattar inga närmare regler om organisering och samordning av alarmeringen eller vilka grundläggande krav som ska ställas på dem som utför alarmeringsfunktioner. Den reglering som finns om alarmering finns i huvudsak i alarmeringsavtalet mellan staten och SOS Alarm samt i konsortialavtal och bolagsordning för SOS Alarm. I övrigt styrs alarmeringen av de bilaterala avtal som bolaget sluter med kommuner, regioner och statliga myndigheter. Även 112-tjänsten saknar författningsreglering. Avsaknaden av grundläggande regler har blivit tydlig sedan alarmeringstjänsterna utsätts för konkurrens. Det finns inget tydligt ramverk eller ”spelregler” för olika aktörer att förhålla sig till. Som en följd av en otillräcklig reglering är tillsyn och kontroll över alarmeringssystemet som helhet svag.⁴⁶ Det konstaterades också att bolagsformen gör att SOS Alarm inte omfattas av gällande regelverk för krisberedskapsarbetet och det saknas författningsstöd för samverkan.⁴⁷ Alarmeringsutredningen föreslog bl.a. en författningsreglering av en nationell alarmeringsfunktion som skulle bedrivas i myndighetsform.

⁴³ En myndighet för alarmering (SOU 2013:33).

⁴⁴ En nationell alarmeringstjänst – för snabba, säkra och effektiva hjälpinsatser (SOU 2018:28).

⁴⁵ Riksrevisionen (2015): *Regeringens styrning av SOS Alarm – viktigt för människors trygghet* (RiR 2015:11).

⁴⁶ En myndighet för alarmering (SOU 2013:33), s. 135.

⁴⁷ A.a., s. 137.

112-utredningen (SOU 2018:28)

112-utredningen som lämnade sitt betänkande år 2018 utgick från förslaget till nationell alarmeringsfunktion som lämnats 2013 och föreslog två alternativa författningsregleringar, en för det fall alarmeringsfunktionen ska bedrivas som myndighet och en för det fall den ska bedrivas som aktiebolag. I dessa förslag regleras både den nationella alarmeringsfunktionens uppdrag liksom hjälporganens ansvar och roller i lag. Den utredningen föreslog också att MSB och den nationella alarmeringsfunktionen skulle ta fram en gemensam teknisk plattform för larmbehandling, informationsdelning och kommunikation som räddningsorganen skulle vara skyldiga att ansluta sig till. Det skulle skapa förutsättningar för att aktörerna ges samtidig tillgång till information om inträffade händelser, för att tidigt kunna inleda hanteringen av dem, och dela gemensamma lägesbilder och lägesinformation.⁴⁸

Förslagen har inte genomförts

Förslagen från dessa utredningar har inte genomförts. Regeringen har i budgetpropositionen för år 2021 bedömt att det inte finns något behov av att ytterligare behandla de betänkanden som har lämnats av de två utredningarna.⁴⁹ De tidigare identifierade problemen har i vissa delar hanterats genom det nya alarmeringsavtal som ingåtts mellan staten och SOS Alarm. I andra delar kvarstår problemen. Flera aktörer har till vår utredning lyft fram behovet av att SOS Alarm involveras i krisberedskapssystemet och totalförvarsplaneringen. Utredningen om civilt försvar har konstaterat att SOS Alarm har myndighetsliknande uppgifter och upprätthåller en viktig samhällsfunktion. Den utredningen föreslår att SOS Alarm ska delta i arbetet i sektorn Räddningstjänst och skydd av civilbefolkningen och samarbeta med beredskapssektorerna Hälsa, vård och omsorg och Ordning och säkerhet även om SOS Alarm formellt inte kan ingå i sektorerna.⁵⁰

I alarmeringsavtalet anges att SOS Alarm ska ha en god förmåga att fullgöra sina åtaganden enligt avtalet även vid kriser samt vid extraordinära händelser enligt lagen (2006:544) om kommuners och

⁴⁸ En myndighet för alarmering (SOU 2013:33), s. 203.

⁴⁹ Budgetproposition för 2021 (prop. 2020/21:1), Utgiftsområde 6, s. 78.

⁵⁰ Struktur för ökad motståndskraft (SOU 2021:25), s. 255.

regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, samt under höjd beredskap enligt lagen (1992:1403) om totalförsvaret och höjd beredskap. Bolaget ska se till att erforderliga personalkategorier kan disponeras i verksamheten under höjd beredskap. För detta ändamål ska bolaget i nödvändig omfattning göra framställningar till Totalförsvarets rekryteringsmyndighet om krigsplacering av personal.⁵¹

Utredningen kan konstatera att SOS Alarm har en central roll för hälso- och sjukvårdens förmåga både i vardag, kris och höjd beredskap och krig. Genom alarmeringsavtalet ställs krav på att SOS Alarm kan upprätthålla sin verksamhet både i kris och under höjd beredskap. Det kan i det sammanhanget vara relevant att fråga sig om regionernas egna prioriterings- och dirigeringsverksamheter inte borde omfattas av samma krav på säkerhetsskydd och robust verksamhet. Såvitt utredningen erfar finns i dag förväntningar från vissa regioner som bedriver prioriterings- och dirigeringsverksamhet att SOS Alarm ska kunna ta över prioriterings- och dirigeringsverksamhet när regionens egna resurser inte räcker till. Det är i det sammanhanget värt att understryka att SOS Alarms prioriterings- och dirigeringsverksamhet sker på uppdrag av regionerna genom avtal. Det är regionen som har ansvar för prioriterings- och dirigeringsverksamheten om den inte uttryckligen genom avtal har överlämnats till annan, t.ex. till SOS Alarm. Utan avtal kan ingen aktör förvänta sig att ett bolag ska vara berett att ta över verksamhet från regionerna.

Utredningen bedömer att alarmering, prioritering och dirigeringsverksamhet av sjuktransporter är en så central och viktig funktion för hälso- och sjukvården att den behöver vara robust och kunna upprätthållas även i kris och krig. Därför behöver samma krav på robusthet och säkerhetsskydd gälla oavsett om verksamheten bedrivs av SOS Alarm eller av regionerna själva. Detta behöver beaktas när regionerna tar ställning till i vilken form de väljer att bedriva denna verksamhet.

⁵¹ Alarmeringsavtal mellan staten och SOS Alarm Sverige AB, Ju2020/04730, punkterna 5.1.5 och 6.1.2.

11.2.3 Behov av samordning av sjuktransporter har funnits länge

Det har länge efterfrågats en ökad nationell samordning av sjuktransporter. Nedan beskrivs ett tidigare projekt för sådan nationell samordning, identifierade behov av samordning som finns i dag samt pågående projekt inom området.

Tidigare projekt för samordning av sjuktransporter

I början av 2000-talet fanns långtgående planer på att i Sverige utveckla och införa ett nationellt system för ledning av akuta sjukvårdsinsatser genom systemet ”IS SWEDE”. Systemet implementerades delvis i vissa verksamheter/regioner och skulle vara fullt implementerat i samtliga regioner år 2005.⁵² Regeringen beskrev i propositionen Samhällets säkerhet och beredskap att systemet förbättrat regionernas ledningsförmåga och det skulle omfatta sjukvårdens disponibla kapacitet, sjuktransportdirigering och hänvisning av drabbade till sjukvårdsinrättningar.⁵³ Avsikten med systemet var också att det skulle innefatta samtliga ledningsnivåer inom en region med möjlighet att samverka med andra regioner samt övergripande samordning mellan regioner på nationell nivå. Kort efter ovanstående proposition beslutade Socialstyrelsen att utveckla systemet. Resterna av systemet finns i dag i systemet Paratus som ägs av en privat aktör och är implementerat i ett fåtal regioner. Någon nationell samordning genom IS SWEDE uppstod aldrig.

Dagens samverkan mellan regioner

Det finns i dag ingen fungerande nationell eller interregional samordning av sjuktransporter. Som tidigare nämnts har vissa regioner så kallad ”gränslös dirigering” vilket i praktiken innebär att den är gränslös inom den egna regionens olika organisatoriska enheter. Vissa regioner har avtalat med varandra om samverkan som innebär att den ena regionens ambulans kan åka på uppdrag i den andra regionen om

⁵² Socialstyrelsen (2004): *Nytt om Swede* (2004:11).

⁵³ Samhällets säkerhet och beredskap (prop. 2001/02:158), s. 77.

den är närmaste resurs, men varje sådan händelse måste ändå föregås av en förfrågan till den andra regionen.

Behov av nationell samordning

De problem med många aktörer, olika larmnummer, olika krav på utbildning och olika utformade fordon som beskrevs på 1960-talet har i dag fått en ny dimension. Den ökade specialiseringen inom hälso- och sjukvården medför större behov av transporter över regiongränser. Även om de basala kraven på en ambulans i Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård är desamma har regionerna inrättat flera olika specialtransporter utifrån regionala behov som inte är enhetliga. Specialiseringen påverkar också vilken kompetens de som arbetar i sjuktransporten behöver ha. Den ökade koncentrationen av högspecialiserad vård innebär också att det inte är givet att en ambulans ska åka till närmaste sjukhus i den egna regionen utan kanske mer sannolikt ska åka till närmaste universitetssjukhus. Dagens utmaningar står därför i att försöka nå en bättre samordning på nationell nivå. Sjuktransportresurserna måste vara interoperabla och följa nationellt beslutade standarder, även om det måste finnas utrymme att ta hänsyn till de olika förutsättningar som finns i t.ex. tätbefolkade områden och glesbygd.

Det saknas även former för att samordna resurser vid allvarliga händelser. Socialstyrelsen konstaterade i en rapport 2018 att det saknas system och teknikstöd för en samlad bild av befintliga transportresurser i landet. Myndigheten bedömde att en koordineringsfunktion som har tillgång till en aktuell nationell lägesbild över tillgängliga transportresurser skulle kunna bedöma prognos på kort och lång sikt gällande tillgängliga resurser och belastning samt identifiera eventuell påverkan på den nationella transportförmågan. Detta har betydelse för att på nationell nivå snabbt kunna identifiera behov av koordinering nationellt eller t.ex. stöd från andra länder. Socialstyrelsen ansåg att den samlade nationella förmågan att transportera skadade eller sjuka behöver stärkas både när det gäller transportresurser och koordinering och inkludera alla typer av transporter.⁵⁴

⁵⁴ Socialstyrelsen (2018), *En stärkt katastrofmedicinsk beredskap – plan för fortsatt arbete*, s. 15.

Pågående regeringsuppdrag

Utredningen konstaterade i delbetänkandet Hälso- och sjukvård i det civila försvaret (SOU 2020:23) att det i dag finns brister i samordningen av sjuktransporter i fredstid, både mellan regioner och mellan den som utför ambulansdirigering och andra aktörer, bl.a. statlig räddningstjänst. I krig tillkommer även militära transportresurser och därmed även behovet av att samordna sig med dessa. Utredningen bedömde därför att det behöver skapas en tydlig samordningsfunktion för civila och militära sjuktransporter i höjd beredskap och krig och att Socialstyrelsen och Försvarmakten gemensamt och i samverkan med regionerna bör ta fram en modell för samordnad sjuktransportledning i krig.⁵⁵ Regeringen framhöll också i Totalförsvarspropositionen för 2021–2025 att Socialstyrelsen i samverkan med Försvarmakten och andra berörda statliga myndigheter, regioner och organisationer bör planera för hur civila och militära sjuktransporter ska samordnas under höjd beredskap och ytterst krig. I detta bör ingå att planera för och föreslå åtgärder för hur sjuktransporter vid fredstida kriser och krig kan förstärkas.⁵⁶

Socialstyrelsen har under 2021 fått uppdrag från regeringen som i två delar avser sjuktransporter.⁵⁷ Båda uppdragen utgår till del från utredningens tidigare bedömningar. Den första delen avser samordning av sjuktransporter. Regionerna har under covid-19-pandemin uttryckt behov av kunskapsstöd och rutiner för en förbättrad nationell sjuktransportförmåga. Socialstyrelsen har därför fått i uppdrag att, i dialog med Sveriges Kommuner och Regioner och andra relevanta aktörer, utreda hur regionerna kan stödjas i samordningen och vilket underlag som behövs. Socialstyrelsen lämnade i oktober 2021 en delrapport med identifierade behov och en plan för åtgärder som kan utgöra stöd för regionernas samordning av sjuktransporter.⁵⁸

Den andra delen av uppdraget tar sikte på en modern förstärkningsorganisation för sjuktransporter. Regeringen konstaterar att i krig kommer ambulanser med stor sannolikhet att vara hårt belastade med transporter från skadeplats till olika vårdinrättningar. Till

⁵⁵ Hälso- och sjukvård i civilt försvar – underlag till försvarspolitisk inriktning (SOU 2020:23), s. 111.

⁵⁶ Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30), s. 141.

⁵⁷ Uppdrag till Socialstyrelsen att ta fram underlag m.m. samt att samordna, stödja, följa upp och utvärdera regionernas arbete med hälso- och sjukvårdens beredskap och planering inför civilt försvar (S2021/02921 [delvis]).

⁵⁸ Socialstyrelsen (2021), *Plan avseende surge capacity och stöd till samordning av sjuktransporter*.

detta tillkommer andra akuta tillstånd, t.ex. hjärtinfarkter, som kräver ambulanstransporter. Det behövs därför komplement till ambulanser som kan transportera mindre skadade eller sjuka patienter. Därför ska Socialstyrelsen i samverkan med regionerna och Försvarsmakten, senast den 1 september 2022, redovisa ett förslag till hur en modern nationell förstärkningsorganisation för sjuktransporter vid fredstida kriser och krig kan utformas. Utredningen konstaterar att ett sådant arbete även behöver involvera kommuner samt andra berörda statliga myndigheter med transportresurser som kan användas vid sjuktransporter såsom Polismyndigheten och Sjöfartsverket.

Ökande behov av samordning

Det finns i dag ingen fungerande nationell eller interregional samordning av sjuktransporter. Utredningen anser att det behöver tas fram former för hur resursförstärkning av sjuktransporter kan gå till vid större händelser där det behöver finnas ett högre regionalt eller nationellt perspektiv på vilka resurser som kan ställas till förfogande för en händelse. Vid händelser med många skadade kommer sannolikt inte regionens egna ambulanser att räcka till. Även med stöd från näraliggande regioners ambulanssjukvård är det troligt att många av de skadade kommer att behöva transporteras med andra tillgängliga transportmedel som taxi, bussar och privata fordon. Regionerna behöver tillse att det över landet finns en rimligt dimensionerad mängd vägburna ambulanser och ambulanshelikoptrar som åtminstone kan transportera de högst prioriterade patienterna. Sådana prioriteringar av transportresurser utifrån vårdbehov och samordning av tillgängliga transporter behöver kunna ske nationellt vid exempelvis massskadehändelser. Vid sådana händelser kan SOS Alarm ha en viktig roll för att skapa överblick över tillgängliga resurser i landet. Utredningen föreslår i avsnitt 4.3 att regioner och kommuner ska lämna lägesbilder till Socialstyrelsen som underlag för att avgöra om någon kommun eller region är hjälpbehövande. Så långt möjligt att avsikten att kommuner och regioner tillsammans på frivillig väg ska stödja varandra. När resurserna inte räcker till i en kommun eller region och ingen annan på frivillig väg har resurser att bidra med föreslår utredningen ett mandat för Socialstyrelsen att besluta om hjälp. Sådan hjälp kan även avse resurser för sjuktransporter eftersom det är hälso-

och sjukvård enligt 2 kap. 1 § HSL. Det ska dock noteras att i krig kommer sannolikt civila helikoptrar endast ha begränsat möjlighet att nyttja luftrummet och det behöver planeras för alternativa transporter i enlighet med det pågående regeringsuppdrag som Socialstyrelsen har tillsammans med Försvarsmakten att ta fram en modern förstärkningsorganisation för sjuktransporter.

11.2.4 Flygtransporter kräver särskild samordning

Bedömning: Nationell samordning av luftburna sjuktransporter bör öka. Det är ur ett resursperspektiv ineffektivt att som i dag ha en fragmenterad verksamhet med många icke samordnade aktörer. Det bör dessutom finnas ytterligare samordningsvinster genom att inte skilja på flyg och helikopterverksamhet eftersom många av de krav kring flygverksamhet som avser både personal och utrustning är gemensamma för olika typer av luftfartyg.

Regionerna har skapat förutsättningar för nationell samordning av sjuktransporter med flygplan genom kommunalförbundet Svenskt ambulansflyg. Det är lämpligt att i nästa steg även få med alla regioner i ett kommunalförbund för sjuktransporter med helikopter. Detta kan ske endera genom att utöka antalet medlemmar i kommunalförbund för helikoptrar som redan finns, Svensk luftambulans, eller genom att bredda uppdraget för Svenskt ambulansflyg till att även omfatta helikopterverksamhet. Om det föranleder att det finns skäl att se över förbundsordningen bör en sådan översyn ske för att skapa förutsättningar för en mer kostnadseffektiv samordning av regionernas behov av luftburna sjuktransporter.

Ett naturligt nästa steg i ett fortsatt utvecklingsarbete skulle kunna vara att skapa en gemensam dirigeringsjänst för alla luftburna ambulanstransporter.

Luftburna sjuktransporter kan ske med ambulanshelikopter eller ambulansflygplan. Det kan också ske med andra helikoptrar från t.ex. Sjöfartsverket eller Försvarsmakten.

Ambulanshelikoptrar

Luftburen sjuktransport med helikopter pekas ofta ut som en särskilt viktig komponent i akutvården. I oländig terräng eller platser långt ifrån akutsjukhus förkortas transporttiden och i en läkarbemannad ambulanshelikopter kan även avancerade behandling av patienten påbörjas. Ambulanshelikoptrar kan även ha betydelse vid nivåstrukturerad av hälso- och sjukvården. När all vård inte längre kan eller bör bedrivas på alla sjukhus blir snabba läkarbemannade transporter centrala.⁵⁹ I detta avseende är helikoptertransporter det i dag snabbaste transportsättet som i de flesta fall kan utföras utan omlastning.

En mängd utredningar har under årens lopp utrett ambulanshelikopterverksamheten i Sverige och flera av dem har pekat på behovet av ett nationellt yttäckande ambulanshelikoptersystem för att säkerställa befolkningens tillgång till en god och jämlik vård oberoende av var man bor i landet. Inga av dessa förslag har lett fram till någon nationell lösning.

I en rapport från SKR år 2012 konstaterades att avsaknaden av nationellt ambulanshelikoptersystem i stället lett till olika regionala system.⁶⁰ Då det inte heller finns något övergripande ramverk för att integrera de olika resurserna inom den luftburna ambulanssjukvården gör det att samarbetsmöjligheter mellan regionerna och statens resurser går förlorade. Detsamma gäller för mer strukturerade samarbeten på nordisk nivå. Dagens splittrade organisation leder till suboptimering och dåligt resursutnyttjande. Detta innebär höga kostnader och varierande kvalitet mellan verksamheterna. Många regioner saknar helt tillgång till egen ambulanshelikopter. De regioner som har tillgång till ambulanshelikopter har upphandlat olika helikoptertyper och helikoptrarna skiljer sig också åt avseende bemanningskoncept, beredskap, möjlighet till instrumentflygning och flygsäkerhetsutrustning. Tillgången till reservhelikopter varierar också mellan regionerna.

SKR konstaterar att delar av olikheterna kan förklaras med skilda verksamhetsbehov, medan andra variationer är svårare att härleda. Som utredningen konstaterat tidigare har inte regionerna egentligen något ansvar att se till hela nationens behov eller ett sammantaget

⁵⁹ Träning ger färdighet – koncentrera vården för patientens bästa (SOU 2015:98), s. 206.

⁶⁰ Sveriges Kommuner och Regioner (2012): *Vård på vingar – Nationell samordning av luftburen ambulanssjukvård*, s. 9–11.

effektivt sjukvårdssystem utan regionens uppgift grundar sig i huvudsak i att tillhandahålla vård till de egna medborgarna, även om undantag finns. Det finns dock inte heller något som förbjuder regionerna att ta ett vidare synsätt så länge det inte strider mot vad som i övrigt kommer av bl.a. KL. I rapporten från SKR konstateras också att avsaknaden av nationella lösningar medför kostnader för regionerna, samt innebär delvis skiftande nivåer på flyg- och patientsäkerhet. Där anges också att avsaknaden av en nationell planeringsfunktion för luftburna sekundärtransporter innebär att regionernas transportlogistik inte blir optimal. I rapporten föreslogs att regionerna gemensamt skulle bilda en nationell organisation för ambulanshelikoptrar och ambulansflygplan.⁶¹

Region Dalarna och Värmland bildade år 2014 ett gemensamt kommunalförbund, Svensk Luftambulans, för att bedriva ambulanshelikopterverksamhet åt sina medlemmar.⁶² I dag är Region Dalarna, Region Värmland, Västragötalandsregionen, Region Uppsala, Region Norrbotten och Region Västerbotten medlemmar i kommunalförbundet, men Svensk Luftambulans ansvarar bara för den flygoperativa driften i Region Värmland och Region Dalarna.⁶³

De regioner som saknar egen ambulanshelikopterförmåga och inte heller upphandlar tjänsten på den privata marknaden köper i stället helikoptertjänster ad hoc från andra regioner när det behövs. Det förekommer också nordiska samarbeten om luftburen ambulanssjukvård. Ett antal svenska regioner har samarbetsavtal om prehospital akutsjukvård med sina motsvarigheter på andra sidan landsgränsen som även omfattar helikopter. Dessa avtal syftar inte till att lösa regionens totala behov av ambulanshelikoptrar utan ses som ett komplement i gränsnära områden där en resurs på andra sidan gränsen många gånger snabbare kan agera på ett larm.

I Sverige finns i dag ambulanshelikoptrar stationerade på nio orter: Gällivare, Lycksele, Östersund, Uppsala, Norrtälje, Göteborg, Mora, Karlstad och Visby. Helikoptrarna är likvärdigt utrustade för akuta ambulansuppdrag. För sekundäruppdrag, det vill säga transport av patienter mellan vårdinrättningar, skiljer sig utrustningen något mellan de olika helikoptrarna. Det finns i dag ingen samordning av sekundärtransporter med helikopter.

⁶¹ Sveriges Kommuner och Regioner (2012): *Vård på vingar – Nationell samordning av luftburen ambulanssjukvård*, s. 9–11.

⁶² Svensk Luftambulans: *Verksamhetsplan och Budget 2015–2016* (KFA/150038-39).

⁶³ Verksamhet och team – Svensk Luftambulans, hämtad 2021-06-16.

Ambulansflyg

Hittills har flera regioner upphandlat ambulansflygverksamhet från privata aktörer. I januari år 2016 bildade Sveriges regioner tillsammans Kommunalförbundet Svenskt ambulansflyg med säte i Umeå.⁶⁴ Förbundet ska utföra ambulanstransport med flygplan och ha en beredskap dygnets alla timmar, året runt vid beredskapsbaser i Umeå, Stockholm och Göteborg. Utöver rena ambulanstransporter kan flygplanen även användas för transport av vårdpersonal med specialistkompetens, sjukvårdsutrustning eller organ vid donation. Regionerna konstaterar att den nivåstrukturering av vården som genomförts gör att Sveriges regioner och sjukhus ansvarar för olika typer av specialiserad vård. Det medför ett växande behov av flygtransport av patienter mellan sjukhus. Det ska dock noteras att en skillnad mellan ambulanshelikopter- och ambulansflygverksamheten är att patienten med ambulanshelikopter ofta kan transporteras direkt mellan olika sjukhus, ofta utan omlastning, medan det som regel krävs minst två omlastningar för en ambulansflygning med flygplan (undantaget när man i Försvarmaktens flygplan kan transportera en vägambulans i flygplanet). Ambulansflygverksamhet torde därmed enligt utredningen i huvudsak lämpa sig vid sådana långa transporter som inte kan genomföras med helikopter eller där vården i en helikopter blir avsevärt sämre än i ett flygplan.

Flygtransporterna leds från en gemensam flygkoordineringscentral (FKC) som är placerad i Umeå och bemannas dygnets alla timmar av sjuksköterskor och operativ personal, med tillgång till beslutstöd för komplexa medicinska frågor. FKC hanterar beställningar från samtliga regioner för att prioritera och samordna flygupdrag.

Svenskt ambulansflyg har i dag upphandlat sex flygplan som har kapacitet att transportera upp till tre samtidigt liggande patienter och fyra sittande passagerare. Kabinen kan snabbt anpassas utifrån olika typer av vårdbehov, exempelvis intensivvård, kuvös, ECMO eller transport av organ för transplantation och medföljande team. Bemanningen med vårdpersonal kan anpassas efter behoven hos den/de patienter som transporteras.⁶⁵

⁶⁴ Svenskt ambulansflyg: *Årsredovisning 2016* (KSA 5-2017).

⁶⁵ Flygambulans – Svenskt Ambulansflyg (svenskt-ambulansflyg.se), hämtad 2021-06-15.

Brist på samordning av flygtransporter är kostsamt

Utvecklingen med koncentration av högspecialiserad vård till färre platser i landet ökar behoven av en välfungerande transportorganisation. Koncentration av vård sker både regionalt inom samverkansregionerna och på nationell nivå. Därmed sker regelbundet transporter av patienter mellan olika delar av landet där patienten kan erbjudas en högre vårdnivå. Eftersom varje region i dag organiserar sina egna sjuktransporter går de flesta patienttransporter tomma i en riktning. Detta gäller både väg- och flygtransporter. Först transporteras patienten till en högre vårdnivå, och transporten åker tom tillbaka. När patienten är färdigvårdad är transporten tom vid hämtning till hemregionen. Ungefär 96 procent av alla luftburna sjuktransporter är tomma i en riktning.⁶⁶ Primärtransporter som åker på akuta uppdrag är svåra att samordna. Däremot har utredningen försökt få fram underlag kring hur stor del av sekundärtransporterna med ambulanshelikopter som skulle gå att samordna mellan regionerna. Utredningen har dock inte kunnat få fram något sådant material. Behovet av flygtransporter för den fredstida högspecialiserade vården när ingen kris föreligger utgör egentligen inte en del av utredningens uppdrag. I avsnitt 3.2 konstaterar dock utredningen att den förmåga som finns i vardagen är det som måste byggas på för att kunna hantera fredstida kriser och krig. Flygtransportverksamheten har i detta avseende inte organiserats tillfredställande under mycket lång tid vilket framgår av de stora antalet utredningar och rapporter som finns på området. En välfungerande och koordinerad flygtransportverksamhet anpassad för patienternas behov är en nödvändighet även för att hantera händelser med många skadade eller sjuka. Förmågan är också av stor betydelse för internationellt utbyte, inte minst för att kunna transportera patienter till våra nordiska grannländer. Det kan inte heller uteslutas att de nyligen anskaffade ambulansflygplanen i kommunalförbundet Svenskt ambulansflyg kan ha betydelse vid internationella katastrofer och då svårt skadade eller sjuka personer med anknytning till Sverige behöver evakueras utomlands.

⁶⁶ Uppgift till utredningen från ambulanshelikopterverksamheten i Region Uppsala.

Brister i de luftburna sjuktransporterna

Tillgången till ambulanshelikoptrar i Sverige har varit låg under många år. Trots många utredningar av frågan har den fortfarande inte fått någon nationell lösning och tillgången till ambulanshelikoptrar är fortsatt låg i vissa delar av landet. Utredningen noterar bland annat att flera regioner med kuststräckor och skärgårdsbefolkning fortfarande saknar tillgång till ambulanshelikopter trots att ansvaret för sjuktransporter utökades redan år 1992. Frågan är om dessa regioner har förmåga att erbjuda god prehospital akutsjukvård inom rimlig tid till hela befolkningen inom hela regionens geografiska område. Det är dock ytterst en fråga som får bedömas inom ramen för IVO:s tillsyn.

Den omständighet att regionerna inte samordnar helikopterverksamheten medför att det i vissa delar av landet finns god tillgång till ambulanshelikoptrar, som skulle kunna utnyttjas effektivare med fler flygtimmar, medan det i andra regioner helt saknas tillgång till helikopter. Det bör därmed finnas vissa effektivitetsvinster med att åstadkomma samordning av regionernas flygtransporter. Det ska dock poängteras att även om utredningen eftersträvar en kostnads-effektiv lösning med gemensamma resurser så bottnar bedömningarna i en mer jämlik och patientsäker vård. Effektiviseringen får inte drivas till att resurserna nyttjas så till den grad att inget utrymme finns för att öka transportförmågan vid händelser som innebär stora skadeutfall eller annars en stor påverkan på vården på grund av många sjuka.

Utredningen noterar att behovet av nationell samordning av sjuktransporter har påtalats under mycket lång tid, bl.a. i de många helikopterutredningar som gjorts utan att något konkret resultat har uppnåtts. Under covid-19 har regionerna samverkat kring flygtransporter på ett konstruktivt sätt som såvitt utredningen erfar har fungerat väl, genom att i huvudsak fyra regioner har tagit ett nationellt ansvar för att utföra och samordna sådana transporter. Enligt uppgifter till utredningen har denna samordning nu upphört.

Det ska i sammanhanget noteras att den nu genomförda samordningen skett under fredstida förhållanden med en hög belastning på sjukvården men, med anledning av de relativt få transporterna, har ett stort fokus kunnat läggas på den enskilde patienten. I situationer med ett stort skadeutfall, många samtidiga händelser eller under krigsliknande förhållanden kan möjligheterna se annorlunda ut.

Luftburna ambulanstransporter kan ses som en nationell angelägenhet

I flera andra länder betraktas luftburna sjuktransporter som en nationell angelägenhet. Från flera håll höjs röster om att eftersom regionerna under så många decennier, trots flera statliga initiativ och kompromissförslag med delvis statlig finansiering, inte har klarat av att skapa en nationellt täckande luftburen ambulanssjukvård och samordning av sådana transporter bör den tas över av staten även i Sverige. Det skulle i så fall innebära att regionerna undgår en lagreglerad uppgift som de har i dag, vilket enligt finansieringsprincipen också skulle medföra minskade statsbidrag för regionerna.

Det finns redan i dag statliga ledningscentraler för luftburen verksamhet, t.ex. Sjöfartsverkets sjö- och flygräddningscentral, på engelska Joint Rescue Coordination Center förkortat JRCC, som leder sjö- och flygräddningsinsatser över hela landet. Utredningen har övervägt om det skulle vara lämpligt att ge Sjöfartsverket ett utökat ansvar att även leda luftburen sjuktransportverksamhet. JRCC är i dag en insatsledning, som i dagsläget saknar kompetens att prioritera och samordna sjuktransporter i hälso- och sjukvårdslagens mening. Utredningen bedömer att ett nytt utökat uppdrag till Sjöfartsverket visserligen skulle kunna skapa förutsättningar för närmare samverkan mellan hälso- och sjukvård och sjö- och flygräddningsverksamheten. Det skulle även i viss mån öka förutsättningarna för samverkan med Försvarmakten kring deras flygresurser genom att flera civila flygresurser då skulle ledas samlat. Det skulle också medföra att staten skulle förfoga över alla luftburna flygresurser för sjuktransporter. Ett statligt ansvar för luftburen sjuktransport skulle dock medföra att staten blir vårdgivare för sådan verksamhet, och bl.a. behöver anställa personal för detta samt införskaffa sådana vårdinformationssystem som krävs för verksamheten. För att en sådan ordning ska vara möjlig behöver ett antal ställningstaganden göras om driftsformer m.m. Utredningen bedömer att eftersom ansvaret för hälso- och sjukvård, inklusive sjuktransporter, ligger på regionerna vore det olyckligt att bryta ut ansvaret för sjuktransporter med ett visst transportmedel och göra det till en statlig angelägenhet. Det finns också alla möjligheter för regionerna själva att skapa en sådan samordningsfunktion för flygtransporter som finns i andra länder. Utredningen bedömer därför att det finns goda möjligheter för regionerna

att skapa en ökad samordning av luftburna sjuktransporter utan att göra det till en statlig angelägenhet. Det enda som behövs är en vilja från regionerna att effektivisera den luftburna sjuktransportverksamheten.

Om regionerna fortsatt ska ha ansvar behöver de ta krafttag i frågan

Ett alternativ till ett förstatligande av den luftburna ambulanssjukvården är att regionerna tar krafttag i frågan i åtminstone två avseenden. För det första behöver regionerna säkerställa att de kan leva upp till sitt uppdrag enligt hälso- och sjukvårdslagen att tillhandahålla sjuktransporter inom rimlig tid inom hela regionens ansvarsområde. Det innebär inte nödvändigtvis att alla regioner måste ha tillgång till egen helikopter, men för de allra flesta regioner är det enligt utredningen svårt att leva upp till hälso- och sjukvårdslagens krav utan någon tillgång alls till helikopter. Det är lätt att se fördelarna med att regionerna samverkar kring sådana resurser för att få en så kostnadseffektiv användning som möjligt av så pass stora investeringar. Även om grunden för regionernas verksamhet är att de i huvudsak ska bedriva sjukvård för sina egna medborgare eller inom sitt eget geografiska område finns genom de olika bestämmelser som införts i eller med anknytning till kommunallagen möjligheter till omfattande samverkan. Det är svårt att förstå varför det inte sker i större utsträckning.

När det gäller sjuktransporter med flygplan för sjuktransport har alla regioner gemensamt bildat kommunalförbundet Svenskt ambulansflyg som ansvarar för att dirigera och utföra alla sjuktransporter med flygplan i landet. Kommunalförbundet ska påbörja sin operativa verksamhet på några orter i slutet av år 2021 och vara i full drift på samtliga orter i början av år 2022. För helikoptrar finns kommunalförbundet Svensk Luftambulans där i dag sex regioner är medlemmar. Det är inte tydligt för utredningen varför, förutom att det är olika initiativ vid olika tidpunkter, det skapades ett särskilt kommunalförbund för flygplanen och varför inte det kommunalförbund som finns för helikoptertransporter omvandlades till ett som omfattar alla regionernas flygtransporter med möjlighet att för vissa regioner bedriva även helikopterverksamhet.

Utredningen ser positivt på att regionerna har skapat förutsättningar för samordning av ambulansflygplan. Ett naturligt nästa steg

kan vara att även få med alla regioner i ett kommunalförbund för helikoptrar. Utredningen anser att det vore lämpligt att bygga vidare på det kommunalförbund som redan finns för helikopterverksamhet, Svensk luftambulans. Om det föranleder att det finnas skäl att se över förbundsordningen bör en sådan översyn ske för att skapa förutsättningar för en mer kostnadseffektiv samordning av regionernas behov av helikoptertransporter. Givet att flera regioner har gjort ekonomiska åtaganden i olika former av helikopterverksamhet och har avtal med olika löptider bör ett insteg i en sådan samordnad verksamhet kunna ske succesivt. Det bör också ske på ett sätt så att de regioner som redan gjort omfattande investeringar i helikoptrar med tillhörande utrustning kan tillgodogöra sig det. Ett andra steg i ett fortsatt utvecklingsarbete skulle kunna vara att skapa en gemensam dirigeringsjänst för alla luftburna sjuktransporter.

11.2.5 Avsaknad av nationella standarder för sjuktransporter försvårar samverkan

Bedömning: Vårdgivare som ansvarar för sjuktransporter har ett ansvar att anpassa utrustningen i sjuktransporter så att en patientsäker vård och omlastning av patienten kan ske. En patientsäker omlastning kan uppnås genom t.ex. tillämpning av gemensamma standarder. Regionerna bör därför gemensamt driva frågan om gemensamma standarder och delta i sådant nationellt och internationellt standardiseringsarbete. Frågan om standarder för utrustning i sjuktransporter bör ingå i en översyn av Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård.

Alla de aktörer som bedriver transporter med särskilt inrättade fordon av olika slag har olika medicinteknisk utrustning i dessa om inga andra krav ställs. Olika vårdgivare styr också över vilken utrustning de har i sin verksamhet. Även inom en region finns olika modeller av utrustning på olika sjukhus och det kan till och med skilja sig åt inom olika verksamheter på ett och samma sjukhus. Detta medför snabbt problem vid transporter mellan olika sjukhus och mellan regioner då den utrustning som patienten har eller är uppkopplad mot måste bytas. Det försvårar också utnyttjandet av transportresurser från Sjöfartsverket och Försvarmakten. På området finns vissa standar-

der, ofta inom ett visst transportslag. De standarder som i dag nämns i Socialstyrelsens ambulansföreskrifter är i vissa delar upphävda. Ett exempel där interoperabiliteten är av stor betydelse är transportbårar.

I Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård hänvisas till att det finns svenska standarder för ambulanser men att det är valfritt för vårdgivarna att tillämpa dem.⁶⁷ Vidare finns i föreskrifterna krav på märkning av ambulanser och vilken förmåga en ambulans ska vara utrustad för att klara av. Det finns i dag inga bindande standarder för utrustning som gör att exempelvis bårar från en region kan användas i en annan regions ambulanser.

Enligt 3 kap. 1 och 2 §§ patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i bl.a. hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls. Vårdgivaren ska också vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Utredningen bedömer att alla vårdgivare som ansvarar för sjuktransporter därmed har ett ansvar att anpassa utrustningen i sjuktransporter så att en patientsäker vård och omlastning av patienten kan ske. En patientsäker omlastning kan uppnås genom t.ex. tillämpning av gemensamma standarder. Regionerna bör därför gemensamt driva frågan om gemensamma standarder och delta i sådant nationellt och internationellt standardiseringsarbete. Frågan om standarder för utrustning i sjuktransporter bör ingå i en översyn av Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård.

11.3 Hälso- och sjukvårdens samverkan med räddningstjänst

I lagen (2003:778) om skydd mot olyckor, i följande förkortat LSO, finns bestämmelser om kommunal och statlig räddningstjänst. Med räddningstjänst avses i lagen de räddningsinsatser som staten eller kommunerna ska ansvara för vid olyckor och överhängande fara för olyckor för att hindra och begränsa skador på människor, egendom eller miljön. Till räddningstjänst hänförs också räddningsinsatser som görs enligt 4 kap. 1–4 §§ utan att det har inträffat någon olycka eller föreligger överhängande fara för en olycka. Staten eller en kommun ska ansvara för en räddningsinsats endast om detta är motiverat med

⁶⁷ 2 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:10) om ambulanssjukvård m.m.

hänsyn till behovet av ett snabbt ingripande, det hotade intressets vikt, kostnaderna för insatsen och omständigheterna i övrigt.⁶⁸

Kommunen ansvarar för räddningstjänst inom kommunen förutom inom de specifika områden där staten enligt 4 kap. LSO har ett utpekat ansvar för räddningstjänst. Statlig räddningstjänst omfattar flyg- och sjöräddning, miljöräddningstjänst till sjöss, fjällräddning och eftersökning av försvunna personer samt räddningstjänst vid utsläpp av radioaktiva ämnen från kärnteknisk anläggning.⁶⁹ Lagen om skydd mot olyckor gäller inte hälso- och sjukvård som avses i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).⁷⁰ I LSO anges en skyldighet för kommunerna och de statliga myndigheter som ansvarar för verksamhet enligt lagen att samordna verksamheten samt att samarbeta med varandra och med andra som berörs.⁷¹

Det finns en väl utvecklad samverkan i vardagen på lokal nivå mellan kommunal räddningstjänst, polis och regionernas ambulanssjukvård, de så kallade blåljusaktörerna. Däremot saknas på flera områden en utvecklad samverkan mellan regionerna och de statliga räddningstjänstaktörerna.

I detta avsnitt beskrivs de olika aktörernas roller och ansvarsområden och hur dagens samverkan mellan hälso- och sjukvården och kommunal respektive statlig räddningstjänst ser ut. Därefter lämnar vi förslag till hur samverkan kan utvecklas.

11.3.1 Kommunal räddningstjänst

Kommunal räddningstjänst regleras i 3 kap. LSO. Där anges att kommunen ansvarar för räddningstjänst inom kommunen, om inte annat följer av bestämmelserna om statlig räddningstjänst.⁷² Vid höjd beredskap ska kommunal räddningstjänst även delta i åtgärder för första hjälp åt och transport av skadade.⁷³ Kommunen ansvarar även för räddningstjänst i vattendrag, kanaler, hamnar och insjöar, med undantag för Mälaren, Vänern och Vättern.⁷⁴ Kommunens organisation för räddningstjänst har fordon för att kunna utföra sitt uppdrag även i

⁶⁸ 1 kap. 2 § lagen (2003:778) om skydd mot olyckor.

⁶⁹ 4 kap. lagen (2003:778) om skydd mot olyckor.

⁷⁰ 1 kap. 4 § i ovan nämnda författning.

⁷¹ 1 kap. 6 § i ovan nämnda författning.

⁷² 3 kap. 7 § i ovan nämnda författning.

⁷³ 8 kap. 2 § andra stycket i ovan nämnda författning.

⁷⁴ 4 kap. 3 § i ovan nämnda författning.

oländig terräng, t.ex. båtar för att ta sig ut till öar och terrängfordon för att kunna ta sig fram i skogsområden. Utanför fjällområdet ansvarar kommunen för räddningstjänst, t.ex. räddning av personer vid svår belägenhet i terrängen, såsom olyckor vid klippklättring, personer som klämts under träd, skadat sig eller fastnat i grottor.

Det är Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) som utövar tillsyn över att kommunerna följer LSO.⁷⁵

Utöver räddningsinsatser enligt LSO är det vanligt att kommunerna genom avtal med regionen åtar sig att kommunens organisation för räddningstjänst ska larmas när det blir en akut sjukdomssituation som till exempel hjärtstopp. Brandstationerna har sådan spridning att räddningstjänstpersonal ofta kan vara på plats före ambulansen. Den verksamheten brukar benämnas i väntan på ambulans (IVPA), se vidare avsnitt 11.5 nedan. De flesta kommunala räddningstjänstorganisationer har ingått IVPA-avtal med regioner.⁷⁶

Eftersom kommunal räddningstjänst har transportmedel som kan ta sig fram även i oländig terräng är det också vanligt att regioner och kommunala räddningstjänstorganisationer har avtal där räddningstjänsten åtar sig att utföra transporter av sjuka eller skadade i oländig terräng fram till farbar väg och hur samverkan med sjukvården ska gå till i sådana situationer. Det är också vanligt med andra överenskommelser mellan regioner och kommunal räddningstjänst. Det kan t.ex. avse att regionen får hjälp från räddningstjänsten med att ta sig in i en bostad till en sjuk eller skadad patient i nöd, får bärhjälp vid behov eller att regionen åtar sig att tillhandahålla ambulans som säkerhet för räddningstjänstens personal i samband med riskfyllt räddningsarbete.⁷⁷

⁷⁵ 5 kap. 1 a § lagen om skydd mot olyckor.

⁷⁶ Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2020): *Årsuppföljning av LSO 2020*.

⁷⁷ Exempelvis överenskommelser mellan Region Östergötland och räddningstjänst, Region Östergötlands dnr NSC-2018-148, Region Sörmland, Avtal – IVPA- I väntan på ambulans, 2021-06-15, dnr AMB 161220.

11.3.2 Statlig räddningstjänst

Statlig räddningstjänst regleras i 4 kap. LSO. Där framgår att staten ansvarar för fjällräddning, flygräddning, sjöräddning, efterforskning av försvunna personer i andra fall, miljöräddning till sjöss samt vid utsläpp av radioaktiva ämnen från kärnteknisk anläggning.

Av förordningen (2003:789) om skydd mot olyckor framgår att polismyndigheten ansvarar för fjällräddning och efterforskning av försvunna personer i andra fall, Sjöfartsverket ansvarar för sjö- och flygräddning, Kustbevakningen ansvarar för miljöräddningstjänst till sjöss medan länsstyrelsen ansvarar för räddningstjänst vid utsläpp av radioaktiva ämnen från kärnteknisk anläggning.⁷⁸

Tillsynen över efterlevnaden av LSO och föreskrifter som har meddelats med stöd av lagen utövas av Polismyndigheten avseende fjällräddningstjänsten och efterforskning av försvunna personer, Transportstyrelsen avseende flygräddningstjänsten och sjöräddningstjänsten, och av Kustbevakningen avseende miljöräddningstjänsten till sjöss.⁷⁹ MSB utövar tillsyn över frågor som rör samordningen mellan den statliga räddningstjänstens olika grenar.⁸⁰ MSB utövar också tillsyn över efterlevnaden av LSO i frågor som rör planläggningen av räddningstjänst vid utsläpp av radioaktiva ämnen från en kärnteknisk anläggning samt planläggningen av sanering enligt samma lag.⁸¹

Det inträffar årligen cirka 1 200 sjöräddningsinsatser, 140 flygräddningsinsatser och 350 fjällräddningsinsatser i Sverige och antalet tenderar att öka. Detta leder ofta till räddningstjänstinsatser med förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov under mycket svåra förhållanden.⁸² Vid de statliga räddningstjänstinsatserna finns ofta sjukvårdsbehov som behöver hanteras under svåra förhållanden. Merparten av fjällräddningsinsatserna, över 90 procent, innefattar skadade eller sjuka personer där skador på armar och/eller ben är i majoritet, till skillnad från sjöräddningsinsatserna som domineras av medicinska tillstånd som andningsbesvär, bröstsmärtor och stroke. Omhändertagandet kompliceras vid båda dessa typer av räddningsinsatser av att personerna kan vara nedkylda. Många av dessa tillstånd hanteras i dag själv-

⁷⁸ 4 kap. förordningen (2003:789) om skydd mot olyckor.

⁷⁹ 5 kap. 1 § i ovan nämnda författning.

⁸⁰ 5 kap. 1 § andra stycket lagen om skydd mot olyckor.

⁸¹ 5 kap. 2 § ovan nämnda författning.

⁸² SamSAR (2020): *Aktörsgemensamma insatser i oländig miljö med förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov i samband med sjö-, flyg- och fjällräddning*, s. 7.

ständigt av räddningstjänstens personal när hälso- och sjukvården inte larmats eller inte kan ta sig till platsen.⁸³

Försvarmakten har inget eget ansvar inom räddningstjänstområdet. Däremot kan Försvarmakten, precis som andra statliga myndigheter och kommuner, vara skyldiga enligt 6 kap. 7 § LSO att med personal och egendom delta i en räddningsinsats på anmodan av räddningsledaren och vid sanering efter utsläpp av radioaktiva ämnen på anmodan av den myndighet som ansvarar för saneringen. En sådan skyldighet föreligger dock endast om myndigheten eller kommunen har lämpliga resurser och ett deltagande inte allvarligt hindrar dess vanliga verksamhet. Särskilda bestämmelser om stöd från Försvarmakten finns i förordningen (2002:375) om Försvarmaktens stöd till civil verksamhet, den så kallade stödförordningen. Där anges i 4 § att Försvarmakten på begäran får lämna stöd till statliga myndigheter samt kommuner och regioner. Sådant stöd lämnas t.ex. ofta av hemvärnsförband i samband med eftersökning av försvunna personer. I 6 § stödförordningen anges att Försvarmakten får lämna stöd enligt förordningen endast om Försvarmakten har resurser som är lämpliga för uppgiften och det inte allvarligt hindrar dess ordinarie verksamhet eller dess medverkan enligt LSO. Skyldigheten att lämna stöd enligt 6 kap. 7 § LSO går därmed före stöd som kan lämnas utifrån stödförordningen.

11.3.3 Närmare om statens uppgifter vid räddningstjänst

Nedan beskrivs närmare de delar av räddningstjänst där staten har ett ansvar och där det finns stort behov av samverkan med hälso- och sjukvården, dvs. fjällräddning, efterforskning av försvunna personer i andra fall, sjö- och flygräddning samt utsläpp av radioaktiva ämnen. Miljöräddningstjänst till sjöss, som också är en del av den statliga räddningstjänsten, bedöms normalt inte ha nära samband med hälso- och sjukvård och beskrivs därför inte i detta avsnitt.

⁸³ SamSAR (2020): *Aktörsgemensamma insatser i oländig miljö med förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov i samband med sjö-, flyg- och fjällräddning*, s. 7.

Fjällräddning och eftersökning av försvunna personer

Polismyndigheten ansvarar för fjällräddningstjänst inom svenskt fjällområde och för efterforskning av försvunna personer i andra fall. Fjällräddningen innefattar att ansvara för att efterforska och rädda den som har försvunnit under sådana omständigheter att det kan befaras att det föreligger fara för dennes liv eller allvarlig risk för dennes hälsa, samt rädda den som råkat ut för en olycka eller drabbats av en sjukdom och som snabbt behöver komma under vård eller få annan hjälp.⁸⁴ I de polisregioner som ansvarar för fjällräddningstjänst ska det finnas ett tillräckligt antal räddningsledare för att leda fjällräddningsinsatser. Därutöver ska det i samtliga polisregioner finnas ett tillräckligt antal räddningsledare för att leda räddningstjänst som avser efterforskning av försvunna personer i andra fall.

Fjällräddningen bygger på insatser av frivilliga (uppdragsanställda) som grund- och fortbildas årligen, utrustas och får ersättningen av polisen. När fjällräddarna skickas ut på uppdrag arbetar de under ledning av en räddningsledare från polisen och en insatsledare från fjällräddningen. Polisens fjällräddningsorganisation omfattar cirka 400 frivilliga fjällräddare, organiserade inom SVEFRO (Svenska fjällräddares riksorganisation), fördelade på ett 30-tal enheter i Norrbotten, Västerbotten, Jämtland och Dalarna. Organisationen har som uppgift att på uppdrag av och med ersättning från polisen utföra räddningsinsatser i fjällområdet. Fjällräddarnas uppgift är att, under ledning av polisens räddningsledare, utföra fjällräddningsinsatser bestående av undsättning – och i förekommande fall – transportera skadade eller sjuka till av hälso- och sjukvården anvisad plats för vård eller omlastning till ambulans. Transporterna sker både med hjälp av terränggående fordon och helikopter.

Till fjällräddningen hör även specialgrupper i alpin fjällräddning och grotrräddning. Den alpina fjällräddningen finns lokaliserad i Kiruna och Östersund och kan utföra insatser, inklusive bårtransport i brant terräng och vinschning med bår, med hjälp av polisens helikoptrar.⁸⁵

Polismyndigheten ansvarar också för katastrofregistrering vid en särskild händelse eller katastrof i Sverige, vilket innebär att registrera

⁸⁴ 4 kap. 1 och 4 §§ lagen (2003:778) om skydd mot olyckor samt 4 kap. 1 och 11 §§ förordningen (2003:789) om skydd mot olyckor.

⁸⁵ SamSAR (2020): *Aktörsgemensamma insatser i oländig miljö med förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov i samband med sjö-, flyg och fjällräddning*, s. 22.

uppgifter kring en händelse där många människor på olika sätt drabbats samt där det kan förväntas ett stort tryck från allmänheten, som anmäler sina närstående som efterfrågade eller anträffade. Polismyndigheten leder den svenska ID-kommissionen som har till uppgift att identifiera omkomna personer i samband med olyckor, katastrofer och terrordåd inom och utanför landet.⁸⁶ (se även avsnitt 6.7.4).

Sjö- och flygräddning

Sjöfartsverket ansvarar för sjö- och flygräddningstjänsten inom svenskt territorium samt inom Sveriges ekonomiska zon med undantag för vattendrag, kanaler, hamnar och andra insjöar än Vänern, Vättern och Mälaren. Utanför svenskt område ansvarar Sjöfartsverket för sjö- och flygräddningstjänst över de delar av havet där sådan räddningstjänst är en uppgift för svenska myndigheter genom överenskommelser med grannländer. Sjöfartsverket ansvarar också för de insatser mot skador som behövs, när ett luftfartyg är nödställt eller när fara hotar lufttrafiken, samt för efterforskning av luftfartyg som saknas.⁸⁷

Sjöfartsverket ska upprätta program för sjö- och flygräddningstjänst som ska innehålla uppgifter om vilken förmåga Sjöfartsverket har och avser att skaffa sig för att göra räddningsinsatser, samt uppgifter om samverkan med kommuner, regioner, statliga myndigheter och berörda organisationer.⁸⁸

Sjöfartsverkets räddningsinsatser leds från myndighetens ledningscentral JRCC (Joint Rescue Coordination Centre) i Göteborg. Utanför svenskt område leder JRCC sjö- och flygräddningstjänsten över de delar av havet där sådan räddningstjänst är en uppgift för svenska myndigheter genom överenskommelser med grannländer. Sjö- och flygräddningstjänsten utförs i samverkan med resurser från egen organisation, övriga statliga myndigheter, berörda organisationer, kommuner, privata organ samt grannländer. Nedan beskrivs de huvudsakliga resurserna som finns att tillgå.

Sjöfartsverket har i dag fem baseringar med räddningshelikopter: Göteborg, Kristianstad, Visby, Norrtälje samt Umeå, där det i ut-

⁸⁶ A.a.

⁸⁷ 4 kap. 2 och 3 §§ lagen (2003: 778) om skydd mot olyckor samt 4 kap. 2 och 8 §§ förordningen (2003:789) om skydd mot olyckor.

⁸⁸ 4 kap. 4 § och 10 § förordningen om skydd mot olyckor.

gångslaget finns en räddningshelikopter dygnet runt årets alla dagar. Sjöfartsverkets lotsstationer runt Sveriges kust står också i beredskap för sjöräddning.

Kustbevakningen är en civil statlig myndighet som ansvarar för sjöövervakning och miljöräddningstjänst till sjöss. Kustbevakningen ska ha beredskap för att på anmodan av räddningsledare vid Sjöfartsverket delta i sjö- och flygräddningstjänst och har bl.a. fartyg och flygplan. Därutöver finns Sjöräddningssällskapet, en ideell förening, som utmed Sveriges kuster och i Sveriges största sjöar kan delta i sjöräddningsinsatser.

Polismyndigheten deltar också i sjö- och flygräddningstjänst med dels sjöpoliserna, som finns stationerade i Stockholm och Göteborg, dels med polishelikoptrar och bilpatruller på räddningsledarens anmodan. Försvarmaktens olika enheter är ytterligare resurser som kan ingå i sjö- och flygräddningstjänst vid behov.⁸⁹

Därutöver sker räddningsinsatser i samverkan med resurser från grannländer. Överenskommelser om detta finns med samtliga Sveriges grannländer.⁹⁰

Telemedicinsk rådgivning

Utöver sjöräddning tillhandahåller Sjöfartsverket även förmedling av läkarråd till fartyg, så kallad Tele Medical Assistance Service (TMAS). Detta baseras på statens åtaganden enligt ILO-konvention 164 där det anges att sjömän ha möjlighet att få vård även då de befinner sig ombord på fartygen. Transportstyrelsen har utfärdat föreskrifter och allmänna råd (TSFS 2021:80) om sjukvård och apotek på fartyg. Där finns bestämmelser om TMAS i 2 kap. 3–5 §§. För detta har Sjöfartsverket tecknat avtal med hälso- och sjukvården (Sahlgrenska universitetssjukhuset). Genom avtalet mellan Sjöfartsverket och hälso- och sjukvården säkerställs att fartygen kan komma i kontakt med läkare för medicinsk rådgivning dygnet runt. Läkarens bedömning kan också ligga till grund för beslut om att evakuera en patient från fartyg eller inte.⁹¹

⁸⁹ A.a., s. 20.

⁹⁰ 2 § 3 förordning (2007:1161) med instruktion för Sjöfartsverket.

⁹¹ SamSAR (2020): *Aktörsgemensamma insatser i oländig miljö med förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov i samband med sjö-, flyg och fjällräddning*, s. 30.

Länsstyrelserna ansvarar vid utsläpp av radioaktiva ämnen och kan överta ansvar för kommunal räddningstjänst

Länsstyrelsen är också en del av den statliga räddningstjänsten. Länsstyrelsen ansvarar för räddningstjänst vid utsläpp av radioaktiva ämnen från en kärnteknisk anläggning när utsläppen är i en sådan omfattning att särskilda åtgärder krävs för att skydda allmänheten eller då överhängande fara för ett sådant utsläpp föreligger. Länsstyrelsen ansvarar också för sanering efter sådana utsläpp.⁹²

Länsstyrelsen ska i ett före-perspektiv säkerställa att den befolkning som sannolikt kommer att beröras i händelse av en radiologisk nödsituation ges information om de hälsoskyddsåtgärder som ska vidtas och de regler som gäller i en sådan situation. Länsstyrelsen ska vidare säkerställa att den befolkning som faktiskt berörs i händelse av en radiologisk nödsituation omedelbart underrättas om fakta om olyckan, de regler som gäller för befolkningen och de hälsoskyddsåtgärder som ska vidtas.⁹³

Alla län i Sverige har ett ansvar att ha en grundberedskap för en kärnteknisk olycka oavsett var en sådan sker. I de län där det finns ett kärnkraftverk i drift (Kalmar, Halland och Uppsala), samt i närliggande län ska det finnas en förstärkt beredskap och samverkan. Från den 1 juli 2022 förändras beredskapszonerna kring kärnkraftverken.⁹⁴ Förändringarna innebär att beredskapszonerna för kärnkraftverken i Forsmark, Ringhals och Simpevarp (Oskarshamn) ändras till en inre zon om cirka 5 km och en yttre zon om cirka 25 km. Till detta kommer ett planeringsavstånd på cirka 100 km från anläggningen.⁹⁵

Utöver ansvaret för räddningstjänst vid utsläpp av radioaktiva ämnen från en kärnteknisk anläggning får länsstyrelsen också ta över ansvaret för kommunal räddningstjänst i en eller flera kommuner om insatsen är särskilt omfattande eller det finns andra synnerliga skäl. Om en räddningsinsats även innefattar statlig räddningstjänst ska länsstyrelsen ansvara för att räddningsinsatserna samordnas. Om flera län berörs av en räddningsinsats får länsstyrelserna komma överens om vilken länsstyrelse som ska ta över ansvaret för räddnings-

⁹² 4 kap. 6 § lagen (2003:778) om skydd mot olyckor och 4 kap. 15 § förordningen (2003:789) om skydd mot olyckor.

⁹³ 4 kap. 18 § förordningen (2003:789) om skydd mot olyckor, i dess lydelse från och med den 1 juli 2022

⁹⁴ Förordningen (2020:317) om ändring i förordningen (2003:789) om skydd mot olyckor.

⁹⁵ 21 a och 21 b §§ förordningen (2003:789) om skydd mot olyckor.

tjänsten i kommunerna.⁹⁶ Exempelvis har länsstyrelser tagit över kommunal räddningstjänst i samband med de omfattande skogsbränderna år 2014 och 2018.⁹⁷

11.3.4 Andra aktörers transportmedel kan i vissa fall användas för sjuktransporter

Förmågan till snabb insatstid och snabb transport av patienten till rätt vårdnivå är viktigt både vid mindre olyckor och i samband med mer omfattande händelser med större skadeutfall. Nedan beskrivs övergripande regionernas och andra aktörers transportmedel som kan användas för sjuktransporter.

Ambulanshelikoptrarna dirigeras av regionernas prioriterings- och dirigerings-tjänst och de statliga helikoptrarna av den myndighet som äger dem. Flera regioner, men inte alla, har i dag tillgång till ambulanshelikoptrar för såväl primär- som sekundäruppdrag. Utöver regionernas ambulanshelikoptrar har Sjöfartsverket, Försvarmakten och Polismyndigheten helikoptertyper som i vissa fall kan lämpa sig även för transport av skadade och medföljande hälso- och sjukvårdspersonal. Regionernas ambulanshelikoptrar har inte samma möjligheter som de statliga aktörernas helikoptrar att undsätta drabbad person i oländig miljö eftersom de i dag saknar förmåga att vinscha och oftast har sämre möjligheter att navigera under svåra väderförhållanden.⁹⁸ Sjöfartsverkets helikoptrar kan transportera flera drabbade personer, och har då möjlighet att vid behov ha medföljande hälso- och sjukvårdspersonal från regionen.

Kommunal räddningstjänst har tillgång till exempelvis båtar och terränggående fordon som under vissa omständigheter kan användas för att bistå regionerna vid transport av sjuka eller skadade personer i oländig terräng. Sjöfartsverket, Kustbevakningen, Försvarmakten, Polismyndigheten och Sjöräddningssällskapet har olika typer av båtar som används vid sjöräddning. En region (Västra Götalandsregionen) har i dag en ambulansbåt i form av en färja med en vägambulans på, som i första hand är till för sjuktransport mellan skärgårdsöarna och fastlandet. För markgående transporter i fjällområdet har Polismyn-

⁹⁶ 4 kap. 10 § lagen (2003:778) om skydd mot olyckor och 4 kap. 33 § förordningen (2003:789) om skydd mot olyckor.

⁹⁷ Skogsbränderna sommaren 2018 (SOU 2019:7), s. 100 och 126.

⁹⁸ SamSAR (2020), *Aktörsgemensamma insatser i oländig miljö med förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov i samband med sjö-, flyg- och fjällräddning* s. 23.

digheten tillgång till skotrar, fyrhjulingar och flera kommunala räddningstjänstorganisationer har bandvagnar.⁹⁹

11.3.5 Problem med dagens samverkan

Det har sedan lång tid tillbaka identifierats behov av en ökad samverkan mellan hälso- och sjukvården och statlig räddningstjänst. Det finns en vägledning om ”Sjukvårdsinsatser vid sjöräddningens sjuktransporter” som Sjöfartsverket och Socialstyrelsen publicerade år 2007. Flera händelser har efter detta accentuerat behovet av att utveckla sådan samverkan. Efter bl.a. en båtolycka vid Harstena i Östergötlands skärgård år 2011 initierades ett projekt för att se över samverkan mellan regionerna och Sjöfartsverket och uppdatera vägledningen från 2007. Projektet genomfördes som ett aktörsgemensamt projekt under ledning av Sjöfartsverket och fick namnet SamSAR. Under projektets gång ändrades fokus till att ta en bredare ansats på den samverkan som aktörerna inom statlig räddningstjänst har med hälso- och sjukvården. Projektet pågick från 2016–2020 och avslutades med projektrapporten ”SamSAR-Aktörsgemensamma insatser i oländig miljö med förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov i samband med sjö-flyg eller fjällräddning”. Där konstaterades att många räddningsinsatser utförs utan medverkan från hälso- och sjukvårdspersonal trots att det finns förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov. Sjukvården involveras ofta för sällan eller för sent vid sådana insatser. I rapporten föreslås bl.a. att:

- respektive aktör vidtar åtgärder som säkerställer att insatser påbörjas utan tidsfördröjning och genomförs på ett effektivt sätt när parallella insatser är aktuella,
- regionerna säkerställer hälso- och sjukvårdens deltagande inklusive sjukvårdsledning genom hela insatsen,
- MSB inrättar ett särskilt råd för aktörsgemensamma insatser i oländig miljö,

⁹⁹ A.a.

- Sjöfartsverket, Polismyndigheten och berörda regioner upprättar överenskommelser om samverkan och ledning samt formerna för medföljande sjukvårdspersonal, vid insatser i oländig miljö såväl innanför som utanför territorialgränsen.

MSB föreslogs också i samråd med respektive huvudman utreda och föreslå en nationell beredskapsplan för aktörsgemensamma insatser i oländig miljö samt en nationell aktörsgemensam samverkans- och ledningsstruktur för insatser i oländig miljö.¹⁰⁰

Någon uppdaterad konkret vägledning för samverkan mellan aktörerna, som ursprungligen var syftet med projektet, har fortfarande inte tagits fram.

11.3.6 Rollfördelningen ställer krav på samverkan

Det finns samverkan mellan räddningstjänstorganisationer och hälso- och sjukvård på flera nivåer.

Samverkansforum på nationell nivå

Det finns flera samverkansforum på nationell nivå för räddningstjänstaktörerna, bl.a. MSB:s räddningstjänstråd, Centralt räddningstjänstforum (CRF) och Centrala samrådsgruppen för sjö- och flygräddning (CSSF). Samverkan mellan räddningstjänst och hälso- och sjukvård sker på nationell nivå i viss mån inom 112-rådet¹⁰¹ och SamSAR-rådet¹⁰², men även inom ramen för samverkansområdet skydd, undsättning och vård (SOSUV), där verksamheten syftar till att förstärka förmågan att hantera fredstida krissituationer och höjd beredskap. I SOSUV igår flera aktörer som Kustbevakningen, Migrationsverket, MSB, Polismyndigheten, Sjöfartsverket, SMHI, Socialstyrelsen, Transportstyrelsen, Tullverket och representanter från

¹⁰⁰ SamSAR (2020), *Aktörsgemensamma insatser i oländig miljö med förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov i samband med sjö-, flyg- och fjällräddning*, s. 9.

¹⁰¹ 112-rådet har till uppgift att vara förslagsställare, rådgivare och referensorgan till SOS Alarm avseende SOS-tjänstens funktion, utformning och utveckling. www.sosalarm.se/samverkan/112-radet.

¹⁰² Som bildats under senare år som en undergrupp till Centralt räddningstjänstforum (CRF) för att diskutera samverkan mellan statlig räddningstjänst och hälso- och sjukvården.

Försvarsmakten, länsstyrelse, region och kommun.¹⁰³ Dessa samverkansforum syftar till att i ett planeringsperspektiv öka förutsättningarna för aktörsgemensam samverkan, men har ingen funktion under en händelse. För närvarande pågår inte så mycket aktivitet i samverkansområdet.

Utredningen om civilt försvar har föreslagit att det inrättas en beredskapssektor för Räddningstjänst och skydd av civilbefolkningen och att Polismyndigheten, Sjöfartsverket, Kustbevakningen, länsstyrelserna, MSB, SMHI och Strålsäkerhetsmyndigheten ska ingå i sektorn. Utredningen om civilt försvar har övervägt om även Socialstyrelsen borde ingå i denna beredskapssektor eftersom det finns behov av nära samverkan mellan hälso- och sjukvården och den aktuella beredskapssektorn, inte minst när det gäller prehospital vård. Men för att beredskapssektorn inte ska bli alltför stor och omfatta alltför många och disparata frågor bedömde Utredningen om civilt försvar att de ytterligare behov av samverkan som finns med myndigheter som inte föreslås ingå i beredskapssektorn ska hanteras bl.a. genom att adjungera aktörer till sektorn för specifika frågor, snarare än att lägga till ytterligare myndigheter i beredskapssektorn.¹⁰⁴ Utredningen om civilt försvar konstaterar också att SOS Alarm bör delta i beredskapssektorns arbete även om bolaget formellt inte kan ingå i sektorn.

SKR har framfört till utredningen att det i dag inte finns några effektiva nationella planeringsstrukturer för blåljussamverkan i vardagen. SKR har i sitt remissvar på förslagen från Utredningen om civilt försvar framfört att det finns stora utvecklingsbehov avseende blåljussamverkan och att beredskapssektorn inte bara bör arbeta med fredstida kriser och höjd beredskap utan även samverkan vid vardags-händelser. SKR anser också att Socialstyrelsen och Trafikverket bör adjungeras till sektorn, då både ambulanssjukvården och Trafikverket har viktiga roller i blåljussamverkan. Polismyndigheten bör delta både ur ett räddningstjänstperspektiv och utifrån sin alarmerings- och ingripandeverksamhet.¹⁰⁵

¹⁰³ Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2016): *Samverkansområdet skydd, undsättning och vård* (publ.nr: MSB934).

¹⁰⁴ Struktur för ökad motståndskraft (SOU 2021:25), s. 254 f.

¹⁰⁵ Sveriges Kommuner och Regioner (2021): *Yttrande Struktur för ökad motståndskraft* (SOU 2021:25), (dnr 21/00373).

Regional och lokal nivå

Inom respektive län sker samverkan mellan länsstyrelse, region och kommuner. Länsstyrelsen ska bl.a. inom sitt geografiska område vara en sammanhållande funktion mellan lokala aktörer, som exempelvis kommuner, regioner och näringsliv, och den nationella nivån. Länsstyrelserna ska vidare bl.a. verka för att regionala risk- och sårbarhetsanalyser sammanställs och under en kris samordna verksamhet mellan kommuner, regioner och myndigheter.¹⁰⁶ Länsstyrelserna i kärnkraftslänen genomför regelbundet övningar tillsammans med regioner och kommuner. Inom dessa län finns en etablerad samverkan kring beredskap för radioaktiva utsläpp från de kärntekniska anläggningarna. Utredningen kommer därför inte närmare gå in på denna samverkan nedan.

Samverkan mellan regioner och kommunal räddningstjänst sker både i vardagen på skadeplatser och på en strukturerad nivå genom att det ofta finns överenskommelser om strukturerad samverkan ska gå till i särskilda fall, se vidare avsnitt 11.5.

Många aktörer kan bli involverade i samma händelse

Enligt lagen och förordningen om skydd mot olyckor ansvarar kommunen inom sitt geografiska område för den räddningstjänst som inte staten ansvarar för.¹⁰⁷ Staten ansvarar för sjö- och flygräddning genom Sjöfartsverket, fjällräddning och eftersökning av försvunna personer i andra fall genom Polismyndigheten, miljöräddnings-tjänst till sjöss genom Kustbevakningen och utsläpp av radioaktiva ämnen från kärnteknisk anläggning genom länsstyrelserna. Regionens ansvar för hälso- och sjukvård, inklusive sjuktransporter, framgår av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Regionens ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen är inte begränsat utan gäller oavsett var personen med sjukvårdsbehov befinner sig. Ansvaret sträcker sig ut till territorialgränsen. Som framgår av 7 kap. 7 § HSL ska regionen i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.

¹⁰⁶ 6 § förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap.

¹⁰⁷ 3 kap. 7 § lagen (2003: 778) om skydd mot olyckor.

Ansvarsfördelningen mellan kommunal räddningstjänst, hälso- och sjukvård och de olika myndigheter som ansvarar för olika delar av statlig räddningstjänst medför att många olika aktörer kan bli involverade vid vissa typer av händelser. Vid t.ex. ett flyghaveri i fjällmiljö ansvarar Sjöfartsverket för flygräddning, polisen för fjällräddning, kommunen för kommunal räddningstjänst i form av miljö- och egenomsräddning och regionen för sjukvårdsinsatserna. Det ställer krav på gemensam planering, samverkan kring ledning och god kunskap om varandras roller och uppdrag.

När en person har behov av såväl räddningstjänst som hälso- och sjukvård bedrivs parallella insatser – en eller flera räddningsinsatser och en sjukvårdsinsats. Det sker rutinmässigt vid bilolyckor, bränder och andra räddningsinsatser där det kan finnas sjukvårdsbehov. Normalt larmas räddningstjänstorganisationer, polis och ambulans alltid ut parallellt för att inom sina respektive ansvarsområden bedöma vilka behov av insatser som finns vid varje given händelse. Det är alltid hälso- och sjukvården, oftast genom ambulanspersonalen, som bedömer sjukvårdsbehovet hos den som är föremål för en räddningsinsats. När det gäller händelser dit vägburen ambulans kan larmas ut finns upparbetade rutiner för samverkan mellan kommunal räddningstjänst, polis och regionerna. Alla regioner har tillgång till vägburna ambulanser och kan därför själva ta sig fram på farbara vägar. Däremot saknar flera regioner egna transportmedel för att ta sig fram bortom farbara vägar, exempelvis i oländig terräng i skog eller till sjöss. När regionen har ansvar för att kunna utföra prehospitala sjukvårdsinsatser på platser dit de inte själva har kapacitet att ta sig ställer det krav på upparbetade rutiner för samverkan och överenskommelser om att regionen kan medfölja andra aktörer i deras transportmedel.

11.3.7 Sjukvårdsbehov behöver identifieras tidigt och vårdbehovet bedömas av regionen

Det har sedan länge konstaterats att regionernas ansvar för sjukvårdsinsatser behöver ske i samverkan med räddningstjänstorganisationerna. I en handbok för sjukvårdsinsatser vid sjöräddning, som gavs ut av Sjöfartsverket och Socialstyrelsen gemensamt år 2007 beskrivs följande:

Även den vård som kan behövas under en sjuktransport till sjöss är ett ansvar för landstinget. Det innebär bl.a. att det är landstinget som beslutar om sjukvård ska bedrivas eller inte bedrivas under transporten, och i vilken form eventuell sjukvård ska bedrivas. Alla aktörer behåller hela tiden sitt ansvar för sin verksamhet. Sjöfartsverket är hela tiden ansvarigt för sjuktransporten från fartyget och landstinget är hela tiden ansvarigt för sjukvården. Dessa verksamheter kan dock inträffa samtidigt. Sjöräddningen kan fullgöra sitt transportansvar genom transport med räddningsenheter som fartyg eller helikopter. Samtidigt kan en läkare eller sjuksköterska, som tillhör landstinget, vårda patienten. Besättningen i räddningsenheten arbetar då med stöd av lagen om skydd mot olyckor, och sjukvårdspersonalen med stöd av hälso- och sjukvårdslagen. Sjöfartsverkets sjöräddning leds av en räddningsledare på sjöräddningscentralen, MRCC [*numera JRCC*]. Räddningsledaren fattar beslut om sjuktransport. Medicinsk kompetens, som företräder landstingen, ska besluta om sjukvårdsinsatser ska ske vid sjöräddning. Denna medicinska expertis ska avgöra om någon sjukvårdspersonal ska med på uppdraget eller kanske i stället möta på land. Detta beslut måste fattas av det berörda landstinget, eftersom det är landstinget som ansvarar för sjukvården i samband med transporten. Sveriges landsting anlitar i dag SOS Alarm för att prioritera och dirigera ambulanssjukvårdens resurser. Landstingen behöver tillsammans med SOS Alarm utarbeta förslag till en enkel rutin som kan användas då MRCC [*numera JRCC*] ringer och informerar om beslut om sjuktransport från fartyg.¹⁰⁸

Trots att detta har varit utgångspunkten under många år saknas det i många fall upparbetade former för samverkan mellan regionerna och statliga räddningstjänstorganisationer. När ett 112-larm kommer in till SOS Alarm, eller via sjöradio till sjöräddningscentralen JRCC som i sin tur kontaktar SOS Alarm, gör SOS Alarm prioritering av vårdbehov och dirigering av resurser utifrån anvisningar från respektive region, eller förmedlar det vidare till berörd regions prioritering och/eller dirigeringsfunktion. Det är regionerna som upphandlar prioriterings- och dirigeringsfunktionen från SOS Alarm, alternativt hanterar dessa delar i egen regi. Det är alltså regionen som ger anvisningar för i vilka situationer som sjukvårdspersonal ska larmas ut vid en händelse.

I händelser som SamSAR-projektet analyserat kopplades sjukvården in först då räddningstjänstaktören identifierat ett sjukvårdsbehov, men det ansågs i dessa fall vara alltför sent. Räddningsledningen hade fokus på räddningsinsatsen och tänkte inte på sjukvården, som sällan var med på medhörning. I projektet konstaterades att gräns-

¹⁰⁸ Sjöfartsverket och Socialstyrelsen (2007), *Sjukvårdsinsatser vid sjöräddningens sjuktransporter*. 7.

dragningen och ansvarsfördelningen mellan 112-operatör och prioriterings- och dirigerings-tjänsten framstår som otydlig för andra aktörer utanför sjukvården. Om inte 112-operatören fångar ett förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov finns risken att sjukvården (regionen) inte involveras i händelsen. En frågeställning som togs upp i projektet var om regionen i tillräcklig utsträckning ger larmoperatören direktiv hur dessa ärenden ska handläggas på larmcentralen. Det är endast i några få regioner som det finns särskilda rutiner för olyckor till sjöss.¹⁰⁹ Vad utredningen erfar gäller även detta sjukvårdsinsatser i samband med fjällräddning.

Regionen bedömer alltid vårdbehov där ambulans kan ta sig fram

Utredningen noterar att vid händelser där vägburen ambulans kan ta sig fram har de flesta regioner instruerat prioriterings- och dirigerings-tjänsten att alltid skicka ut en ambulans ”för säkerhets skull” om det finns en risk att det kan finnas ett sjukvårdsbehov. Det kan jämföras med fjällräddningsinsatserna där det finns sjukvårdsbehov i 90 procent av uppdragen och sjukvården är delaktiga på ett eller annat sätt i cirka 30 procent av räddningsinsatserna.¹¹⁰ När vägburen ambulans skickas ut till en händelse där det skulle kunna finnas sjukvårdsbehov är det enligt regionernas rutiner alltid ambulanssjukvården som ska göra bedömningen om det finns ett vårdbehov eller inte, det överläts inte till polis eller personal i kommunal räddningstjänst att göra bedömningar av sjukvårdsbehov. När det handlar om oländig terräng eller sjöräddning tillämpas ofta motsatt logik, där avvaktar sjukvården med att agera till dess att räddningstjänsten har identifierat ett sjukvårdsbehov. Detta medför att sjukvårdsinsatsen försenas vilket kan få stor inverkan på patientsäkerheten.

Utredningen har under sitt arbete fått ta del av flera händelser där det blivit tydligt att patienters tillgång till prehospital hälso- och sjukvård skiljer sig åt väsentligt beroende på om vägburen ambulans kan ta sig fram till platsen eller inte. En sådan uppdelning av hälso- och sjukvården har inte stöd i hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser. Av hälso- och sjukvårdslagen framgår tydligt att regionens

¹⁰⁹ SamSAR (2020), *Aktörsgemensamma insatser i oländig miljö med förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov i samband med sjö-, flyg- och fjällräddning*, s. 31.

¹¹⁰ Enligt muntliga uppgifter från fjällräddningen.

ansvar för hälso- och sjukvård, inklusive prehospitalt omhändertagande, omfattar hela regionens ansvarsområde, oavsett terräng. Som tidigare nämnts är det enda undantaget det som anges i lagen om skydd mot olyckor att Sjöfartsverket ansvarar för sjuktransporter från fartyg, dock inte för sjukvårdsinsatser under sådana transporter eftersom sjukvårdsinsatser omfattas av hälso- och sjukvårdslagen.

Regionen ansvarar för sjukvårdsinsatser även i oländig terräng

För att kunna ta ansvar för sjukvårdsinsatserna i samband med räddningstjänstinsatser kan sjukvårdspersonal i de fall det finns ett förmodat sjukvårdsbehov, och när regionen inte själv har fordon som kan ta sig fram, behöva medfölja i andra aktörers transportmedel som kan ta sig fram i terräng där regionens egna fordon inte kan verka. När det gäller sjöräddning finns exempel från Region Skåne på ambulanspersonal som är utrustad och tränad för att följa med på Sjöfartsverkets, Kustbevakningens eller Sjöräddningssällskapets fartyg. De är däremot inte tränade för att medfölja i Sjöfartsverkets Search and Rescue-helikopter (SAR-helikoptrar). Andra regioner, t.ex. Region Blekinge, Region Västerbotten och Västra Götalandsregionen har personal som är tränad att följa med i SAR-helikoptrarna. En förutsättning för att regionernas hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna medfölja t.ex. SAR-helikoptrar vid en räddningsinsats är att de snabbt kan infinna sig vid helikoptern när ett larm inkommer.

I Västra Götalandsregionen är regionens ambulanshelikopter samlokaliserad med Sjöfartsverkets SAR-helikopter, vilket möjliggör att regionens personal kan medfölja SAR-helikoptern om sjukvårdspersonalen exempelvis behöver vinschas ner till fartyget där patienten befinner sig. Det skapar förutsättningar för god och nära samverkan mellan regionens sjukvårdspersonal och SAR-personalen. På de platser i landet där det är möjligt att hitta sätt för hälso- och sjukvårdspersonal som finns i anslutning till de platser där Sjöfartsverkets SAR-helikoptrar är lokaliserade att utbildas för och stå i beredskap för att följa med i dessa helikoptrar är det ett sätt för regionen att ta sitt ansvar för sjukvårdsinsatser vid sjöräddning. I de fall regionerna inte har egna helikoptrar med personal som kan lokaliseras i anslutning till SAR-helikoptrarna kan det möjligen finnas annan personal, t.ex. vid sjukhus eller vårdcentraler som kan ha ett sådant uppdrag. Det

kan också finnas skäl för regionerna att säkerställa deras egna eller upphandlade ambulanshelikoptrar har förmåga att landa på helikopterplattor på fartyg, t.ex. på passagerarfärjor, för att underlätta sjukvårdsinsatser.

Fjällräddningen är mer komplex eftersom den utgår från så många platser i fjällkedjan med långa avstånd till sjukvårdsinrättningar. Det finns cirka 390 fjällräddare som utgår från 30 fjällräddningsstationer. Det är personer som bor i området, känner till terrängen, är vana att ta sig fram där och som genom avtal med polisen har beredskap och får ersättning för tjänstgöring. Ett fåtal av dessa är sjuksköterskor eller läkare. Vid många fjällräddningsinsatser kommer hälso- och sjukvårdspersonal inte kunna följa med, men det bör då finnas ruiner hur sjukvårdsinsatsen handläggs t.ex. genom att läkare eller sjuksköterska alltid finns att kontakta i berörd region som därmed blir ansvarig för eventuella sjukvårdsinsatser som baseras på dennes bedömning.

11.4 Sjukvårdsinsatser på internationellt vatten

Förslag: Regeringen ska ge Socialstyrelsen i uppdrag att ingå avtal med regioner om att de ska utföra sjukvårdsinsatser vid sjöräddningsinsatser på internationellt vatten där ansvaret för sjöräddning ankommer på svenska myndigheter. I genomförandet av uppdraget bör Socialstyrelsen samråda med Sjöfartsverket avseende hur många regioner avtal behöver tecknas med och vilka regioner som har bäst förutsättningar för samverkan med Sjöfartsverket utifrån sjöräddningsverksamhetens behov. Regionerna ska utifrån avtalen utföra hälso- och sjukvårdsinsatserna inom ramen för sina egna verksamheter med bibehållet vårdgivaransvar. Eftersom avtalen avser verksamhet som går utöver regionernas skyldigheter enligt HSL ska staten ersätta regionerna för kostnader som är förenade med sådana insatser.

Enligt lagen (2003:778) om skydd mot olyckor, i det följande förkortat LSO, är staten ansvarig för sjöräddningstjänst inom Sveriges sjöterritorium och inom Sveriges ekonomiska zon, förutom vattendrag, kanaler, hamnar och andra insjöar än Vätern, Vättern och Mälaren.¹¹¹

¹¹¹ 4 kap. 3 § lagen (2003:778) om skydd mot olyckor.

Enligt förordningen (2003:789) om skydd mot olyckor är det Sjöfartsverket som ansvarar för den statliga sjöräddningstjänsten. Sjöfartsverket ansvarar även för sjöräddningstjänst i de delar av havet utanför Sveriges sjöterritorium, där räddningstjänsten enligt internationella överenskommelser ankommer på svenska myndigheter.¹¹² Sverige har genom två internationella konventioner åtaganden avseende sjöräddning på internationellt vatten. Den så kallade SOLAS-konventionen (på engelska International Convention on Safety of Life at Sea) från 1974 reglerar bl.a. Sveriges skyldighet att vidta åtgärder för räddning av nödställda till sjöss längs våra kuster. Den så kallade SAR-konventionen (på engelska International Convention on Maritime Search and Rescue) från 1979 anger bl.a. hur etablerandet av sjöräddningsregioner mellan länderna bör gå till. I stycket 1.3.2 i bilagan till SAR-konventionen finns följande definition av *räddning*; en insats för att rädda en person i nöd, sörja för deras initiala medicinska eller andra behov, och att lämna dem på en plats i säkerhet.¹¹³ Av stycket 3.1.8 i bilagan till SAR-konventionen finns också följande definition av en *sök- och räddningsenhet*; en enhet bestående tränad personal och utrustning lämplig för snabbt upprättande av sök och räddningsinsatser.¹¹⁴

11.4.1 Sjukvårdsbehov i samband med sjöräddningsinsatser

Vid sjöräddningsinsatser kan den som räddas ha ett omedelbart vårdbehov. Regionernas ansvar att bedriva hälso- och sjukvård följer regiongränsen. För regioner som har kuststräcka innebär det att ansvaret tar slut vid territorialgränsen. Regionernas befogenheter begränsas av lokaliseringsprincipen i 2 kap. 1 § kommunallagen (2017:725) som anger att regioner själva får ha hand om angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till regionens område eller deras medlemmar. Undantag från lokaliseringsprincipen kräver lagstöd. Efter som en svensk sjöräddningsinsats, och därmed ibland även en sjukvårdsinsats, kan behöva genomföras på en plats som ligger utanför de svenska regionernas geografiska gränser krävs lagstöd för att en

¹¹² 4 kap. 8 § förordningen (2003:789) om skydd mot olyckor.

¹¹³ På originalspråk uttryckt som *an operation to retrieve persons in distress, provide for their initial medical or other needs, and deliver them to a place of safety.*

¹¹⁴ På originalspråk uttryckt som *a unit composed of trained personnel and provided with equipment suitable for the expeditious conduct of search and rescue operations.*

region ska kunna bedriva hälso- och sjukvård i samband med en sådan insats. För att möjliggöra för regioner att genomföra sjukvårdsinsatser även utanför svenskt territorialvatten anges i 10 kap. 4 § HSL att regionen får bedriva hälso- och sjukvård i syfte att minimera de fysiska och psykiska följdverkningarna *av en olycka* i samband med sjöräddningsinsatser i de delar av havet utanför Sveriges sjöterritorium, där sjöräddningstjänsten ankommer på svenska myndigheter.

Enligt vad som framgår av ovan redovisade definitioner i bilagan till SAR-konventionen är det svårt att se att en sjöräddningsinsats enligt denna konvention kan utföras utan tillgång till personer som kan utföra prehospitala vårdåtgärder och att sådana åtgärder inte enbart kan behövas vid olyckor utan också vid sjukdom. Av förarbetena till LSO framgår att med begreppet olyckshändelser avses plötsligt inträffade händelser som har medfört eller befaras medföra skada. Dit räknas händelser som beror på företeelser i naturen eller som inträffar utan människors handlande. Som olyckshändelser räknas också händelser som beror på människors handlande eller underlåtenhet att handla. Detta gäller oberoende av om handlingen eller underlåtenheten är uppsåtlig eller ej.¹¹⁵ En plötsligt inträffad hjärtinfarkt, insjuknande i infektion eller något annat plötsligt inträffat eller försämrat sjukdomstillstånd kan mycket väl leda till att en skada uppstår om sjukdomstillståndet inte behandlas. Det är därmed möjligt att göra en tolkning av begreppet olycka i 10 kap 4 § HSL så att nämnda bestämmelse möjliggör även sjukvårdsinsatser som avser sjukdomar. När bestämmelsen i 10 kap. 4 § HSL infördes konstaterade regeringen att vid en statlig sjöräddningsinsats ansvarar Sjöfartsverket för efterforskning och räddning av människor som är eller kan befaras vara i sjönöd samt för sjuktransporter från fartyg. I samband med en sådan insats kan den eller de personer som räddas ha ett omedelbart vårdbehov som måste omhändertas på plats. Regeringen konstaterade att sjukvårdspersonal därför kan behöva delta i samband med Sjöfartsverkets sjöräddningsinsatser. Varken riksdag eller regering eller dess myndigheter förfogar dock över några egna sjukvårdsresurser för sjöräddningsändamål. Regeringen konstaterade därför att för sådana insatser finns behov av regionernas resurser.¹¹⁶ På internationellt vatten har regionen med stöd av 10 kap. 4 § HSL samma formella möjlighet

¹¹⁵ Proposition om räddningstjänstlag, m.m. (prop. 1985/86:170), s. 62.

¹¹⁶ Om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands m.m. (prop. 2014/15:76), s. 15.

att genomföra en sjukvårdsinsats som inom landets gränser men inte samma skyldighet. Regeringen valde när bestämmelsen infördes i HSL att inte införa en bestämmelse om att regionerna ska få ersättning för direkt hänförliga kostnader för att delta i en sjöräddningsinsats utanför den egna regionens gränser och utanför Sveriges sjöterritorium. Som bakgrund till det ställningstagandet angav regeringen att regionerna redan innan har ett ansvar för att ha en beredskap att inom regionens gränser bistå vid sjöräddningsinsatser. Den föreslagna ändringen i hälso- och sjukvårdslagen medför inte en utökad skyldighet för regionerna att bistå med en sjukvårdsinsats utan enbart att den kan genomföras utan att det medför en överträdelse av lokaliseringsprincipen.¹¹⁷

11.4.2 Statens åtaganden för sjukvårdsinsatser i samband med sjöräddning behöver säkerställas

Sjöfartsverket har i dag enligt uppgift svårt att få regioner att bidra med hälso- och sjukvårdspersonal till sjöräddningsinsatser utanför territorialgränsen, dels eftersom personal inte är övad att medfölja i helikopter, dels eftersom det får påverkan på regionernas ordinarie verksamheter. Det får till konsekvens att Sverige har svårt att leva upp till sina åtaganden i internationella överenskommelser att utföra sjöräddning med ett adekvat sjukvårdsomhändertagande. Det innebär att personer som blir sjuka eller skadas på internationellt vatten, där Sverige ansvarar för sjöräddning, riskerar att inte alls få tillgång till prehospitala sjukvårdsinsatser, något som aldrig skulle accepteras på farbara vägar på land.

Det är staten som har ingått internationella överenskommelser om att Sverige ska ansvara för sjöräddningsinsatser samt tillhandahålla omedelbar hälso- och sjukvård utanför Sveriges territorialgräns. De sätt staten har att säkerställa att Sverige kan leva upp till sina internationella åtaganden att ansvara för omedelbar hälso- och sjukvård i samband med sjöräddningsinsatser är antingen genom att tilldela någon aktör ett sådant ansvar i författning eller genom avtal. Utredningen har övervägt för- och nackdelar med dessa alternativ.

¹¹⁷ A.a., s. 16.

Författningsreglerad skyldighet

En författningsreglerad skyldighet för regionerna att utföra sjukvårdsinsatser på internationellt vatten skulle enligt regeringsformens bestämmelser behöva införas genom bestämmelser i lag. Utredningen ser att det skulle kunna ske på två sätt.

Det ena alternativet är att införa sådana bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen i det följande förkortad HSL, i anslutning till dagens bestämmelse i 10 kap. 4 § HSL om att regionerna får bedriva sjukvård på internationellt vatten. Det skulle i 10 kap. 4 § HSL precis som i dag kunna anges att alla regioner har möjlighet att utföra sjukvårdsinsatser på internationellt vatten, men kan genom ett tillägg införas en skyldighet för ett antal regioner att utföra sådana sjukvårdsinsatser. Förslagsvis skulle en sådan skyldighet läggas på regioner med kuststräcka där Sjöfartsverket har sina helikopterbaser, vilket skulle innebära Region Gotland, Region Skåne, Region Stockholm, Region Västerbotten och Västra Götalandsregionen.

Det andra alternativet är att införa en bestämmelse i lagen (2008:552) om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands. Där finns i dag bestämmelser som anger att regionerna i Stockholms, Västra Götalands, Skåne, Östergötlands, Uppsala och Västerbottens län ska upprätthålla beredskap för katastrofmedicinska insatser utomlands.¹¹⁸ Denna skyldighet skulle kunna utökas till att dessa regioner även ska ha beredskap för hälso- och sjukvård i samband med sjöräddningsinsatser på internationellt vatten där Sverige ansvarar för sjöräddning. En fördel med en sådan lösning är att det skulle finnas en samlad beredskapshantering avseende hälso- och sjukvårdsinsatser utomlands som Socialstyrelsen samordnar. Nackdelen med att föra in sådana sjukvårdsinsatser i lagen om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands är att sådana insatser kräver beslut från MSB och ska ledas av Socialstyrelsen. Det skulle skapa en administration kring sådana insatser som riskerar att allvarlig fördröja sjukvårdsinsatsen eftersom de insatser som behöver ske i samband med sjöräddning är av akut karaktär till skillnad från övriga insatser enligt lagen. Det finns inte heller i dag någon personal i ständig beredskap för sådana insatser utomlands. Den beredskap som krävs för att kunna utföra sjukvård i samband med sjöräddningsinsatser på internationellt vatten är därför av en helt annan karak-

¹¹⁸ 6 § lagen (2008:552) om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands.

tär än de insatser som avses i lagen om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands. Det är inte heller riktigt samma kompetenser som efterfrågas vid katastrofmedicinska insatser utomlands och vid sjöräddningsinsatser då det senare t.ex. kräver specifik träning i att kunna genomföra insatser, t.ex. på fartyg eller i helikopter och vid behov kunna vinschas. Den beredskap som krävs för sjukvårdsinsatser på internationellt vatten har mer naturligt samband med regionernas ordinarie uppdrag enligt HSL att ansvara för sjukvårdsinsatser i samband med sjöräddningsinsatser på svenskt territorialvatten. Utredningen bedömer därför att om en författningsreglerad skyldighet skulle införas bör det genomföras genom bestämmelser i HSL.

Avtal

Ett alternativ till en författningsreglerad skyldighet för vissa regioner att utföra sjukvårdsinsatser på internationellt vatten är att i stället reglera det i avtal mellan staten och ett antal regioner. Utredningen ser tre möjliga lösningar för hur staten kan avtala med regionerna om att utföra sådan hälso- och sjukvård.

Det *första* alternativet är att regeringen själv ingår avtal med en eller flera regioner om att dessa åtar sig att mot ersättning utföra sjukvårdsinsatser i samband med Sjöfartsverkets sjöräddningsinsatser på internationellt vatten. Utredningen bedömer att det inte är ändamålsenligt att regeringen avtalar med enskilda aktörer om sådan operativ förmåga, utan att regeringen i stället bör uppdra åt ansvariga myndigheter att i förekommande fall ingå sådana avtal för statens räkning.

Det *andra* alternativet är att regeringen uppdrar åt Socialstyrelsen, som förvaltningsmyndighet för hälso- och sjukvård, att ingå sådana avtal med en eller flera regioner. Socialstyrelsen har i dag ansvar för att teckna avtal med regioner om beredskap enligt lagen (2008:552) om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands. Det borde därmed inte vara någon främmande uppgift för myndigheten att teckna avtal med regioner även om beredskap för sjukvårdsinsatser i samband med sjöräddningsinsatser på internationellt vatten. Det skulle kräva att Socialstyrelsen får i uppdrag av regeringen att teckna avtal med en eller flera regioner om att utföra sjukvårdsinsatser i samband med sådana sjöräddningsinsatser på internationellt vatten som svenska myndigheter ansvarar för. Då är det Socialstyrelsen som av-

gör vilka regioner som myndigheten ingår avtal med. Det är också Socialstyrelsen som får betala ut ersättning till regionerna för utförda uppdrag. Utredningen bedömer att sådana avtal skulle behöva kompletteras med ytterligare överenskommelser mellan berörda regioner och Sjöfartsverket om formerna för samverkan, insats, utbildning och övning. För att Socialstyrelsen ska ha underlag för utbetalning av ersättning behöver både regionerna och Sjöfartsverket rapportera utförda uppdrag med förväntat eller bekräftat sjukvårdsbehov, samt utbildnings- och övningstillfällen till Socialstyrelsen. Socialstyrelsen skulle i en sådan situation administrera andra aktörers samarbete utan att själv ha någon roll i denna hantering, utöver att teckna avtal och betala ersättning. Det kan ifrågasättas om det är en ändamålsenlig lösning. Det kan också konstateras att Socialstyrelsen trots att lagen om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands infördes för nästan 15 år sedan fortfarande inte tecknat avtal med regionerna om deras medverkan vid sådana insatser.

Det *tredje* alternativet är att Sjöfartsverket får i uppdrag av regeringen att teckna avtal med regioner om sjukvårdsinsatser i samband med sådana sjöräddningsinsatser på internationellt vatten som ankommer på svenska myndigheter. Sjöfartsverket har normalt inte ansvar för hälso- och sjukvårdsfrågor och det skulle därför vara ett delvis främmande uppdrag för myndigheten. Sjöfartsverket har visserligen i uppgift att ingå avtal med hälso- och sjukvården om TMAS, telemedicinsk rådgivning till handelsfartyg, som beskrivits ovan. Sjöfartsverket har dock framfört till utredningen att man inte anser sig vara rätt myndighet att ansvara för det uppdraget. Det som skulle tala för att Sjöfartsverket får i uppdrag att teckna avtal med regionerna om sjukvårdsinsatser på internationellt vatten är att myndigheten då får inflytande över vilka regioner avtal ingås med. Sjöfartsverket kan då utifrån sjöräddningsverksamhetens behov bedöma hur många regioner avtal kan behöva tecknas med och vilka regioner som i så fall anses lämpligast att avtala med utifrån Sjöfartsverkets egen verksamhet. Det skulle exempelvis kunna finnas fördelar för myndigheten att i första hand teckna avtal med de regioner i vilka Sjöfartsverket har sina helikopterbaser. Det är i sådana avtal inte fråga om att Sjöfartsverket skulle ha någon form av vårdgivaransvar för verksamheten. Det är regionerna som enligt avtalen ska utföra hälso- och sjukvårdsinsatserna inom ramen för sin egen verksamhet, med bibehållet vårdgivaransvar. Sjöfartsverket skulle i sådana avtal kunna reglera krav på

utbildning och utrustning för att kunna medfölja i Sjöfartsverkets transportmedel, samt förutsättningar för gemensamma övningar. Sjöfartsverket kommer också i sin egen verksamhet ha tillgång till uppgifter om vilken region som har utfört sjukvårdsinsatser vid vilka tillfällen, vilket underlättar utbetalning av ersättning för sådana uppdrag.

Utredningens förslag

Det mest effektiva sättet för staten att säkerställa att Sverige kan leva upp till sina åtaganden enligt konventionerna är att i författning ange att regionerna ansvarar även för sjukvårdsinsatser på internationellt vatten där ansvaret för sjöräddning ankommer på svenska myndigheter. Utredningen ser dock flera utmaningar med att införa en sådan författningsreglering.

Som 10 kap. 4 § HSL är utformad nu får regionerna bedriva hälso- och sjukvård på internationellt vatten där sjöräddningstjänsten ankommer på svenska myndigheter *i syfte att minimera de fysiska och psykiska följdverkningarna av en olycka*. Enligt vad som framgår av ovan redovisade definitioner i bilagan till SAR-konventionen är det svårt att se att en sjöräddningsinsats enligt denna konvention kan utföras utan tillgång till personer som kan utföra prehospital sjukvård och att sådana åtgärder inte enbart kan behövas vid olyckor utan också vid sjukdom. Begreppet olycka omfattar plötsligt inträffade händelser som har medfört eller som kan befaras medföra skada. Dit räknas händelser som beror på företeelser i naturen eller som inträffar utan människors handlande. Som olyckshändelser räknas också händelser som beror på människors handlande eller underlåtenhet att handla. Detta gäller oberoende av om handlingen eller underlåtenheten är uppsåtlig eller ej. Enligt utredningen bör därför olyckor i detta sammanhang även kunna omfatta vissa sjukdomar då dessa utan behandling leder till skada. De sjuktransporter på internationellt vatten som Sjöfartsverket ansvarar för omfattar enligt utredningens bedömning även medicinsk evakuering från fartyg vid allvarlig sjukdom. Det är därför viktigt att hälso- och sjukvården kan utföra sjukvårdsinsatser även vid sådana insatser. Om bestämmelsen i 10 kap. 4 § HSL inte anses medge detta så bör den ändras.

Som framgår av avsnitt 7.4 anser utredningen också att det kan finnas skäl att se över terminologin i lagen (2008:552) om katastrof-

medicin som en del av svenska insatser utomlands, mot bakgrund av att det sällan är frågan om katastrofmedicinska insatser som regionerna ska bedriva med stöd av den lagen, utan snarare hälso- och sjukvård vid allvarliga olyckor eller katastrofer i utlandet. Det har inte funnits möjlighet för utredningen att med det omfattande uppdrag utredningen har och den begränsade tiden, göra en ordentlig översyn av 10 kap. 4 § HSL och lagen om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands. Utredningen anser därför att det i nuläget lämpligaste alternativet är att regeringen uppdrar till en statlig myndighet att ingå avtal med regionerna om att utföra sjukvårdsinsatser på internationellt vatten där ansvaret för sjöräddning ankommer på svenska myndigheter.

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen får i uppdrag att ingå sådana avtal med ett antal regioner. Socialstyrelsen har redan i dag ansvar för att teckna avtal med regioner om bl.a. beredskap och insatser enligt lagen (2008:552) om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands. Detta har förvisso hittills inte skett men utifrån vad utredningen anför i avsnitt 7.4.3 måste detta nu komma till stånd och då bör det finnas synergier med att myndigheten samtidigt tar fram och tecknar avtal med regioner för insatser i samband med sjöräddningsinsatser på internationellt vatten. Socialstyrelsen har bättre förutsättningar än Sjöfartsverket att bedöma vad sådana uppdrag skulle behöva reglera för att vara förenliga med regelverken på hälso- och sjukvårdsområdet. I genomförandet av uppdraget bör Socialstyrelsen samråda med Sjöfartsverket avseende hur många regioner avtal behöver tecknas med och vilka regioner som har bäst förutsättningar för samverkan med Sjöfartsverket utifrån sjöräddningsverksamhetens behov. Det är regionerna som enligt avtalen ska utföra hälso- och sjukvårdsinsatserna inom ramen för sin egen verksamhet, med bibehållet vårdgivaransvar. Eftersom avtalen reglerar verksamhet som går utöver regionernas skyldigheter enligt HSL ska staten ersätta regionerna för kostnader som är förenade med sådana insatser.

11.5 Överenskommelser om formerna för samverkan bör tas fram

Bedömning: Regionerna ansvarar enligt HSL för prehospital sjukvård och för att det inom regionen finns en ändamålsenlig organisation för att till och från vårdinrättning eller läkare transportera personer vars tillstånd kräver att transporten utförs med transportmedel som är särskilt inrättade för ändamålet. Det gäller även i oländig terräng. Om regionerna inte själva har transportmedel för att ta sig fram i sådan terräng behöver regionerna på annat sätt, t.ex. genom avtal med kommunal och statlig räddningstjänst säkerställa att prehospitala sjukvårdsinsatser kan utföras i samband med räddningsinsatser i oländig terräng, exempelvis i skog, till sjöss eller i fjällmiljö. Sådana överenskommelser finns ofta mellan regioner och kommunal räddningstjänst. Däremot saknas det mellan regioner och statlig räddningstjänst.

Förslag: Sjöfartsverket och Polismyndigheten ska ta initiativ till överenskommelser om samverkan med berörda regioner avseende hantering av hälso- och sjukvårdsbehov i samband med sjö-, flyg och fjällräddningsinsatser. Målet med samverkan är att säkerställa samordning. Sådan samordning uppnås lämpligen genom överenskommelser som närmare reglerar formerna för regionernas sjukvårdsinsatser vid sjö- och flygräddning samt fjällräddning. Socialstyrelsen bör vid arbetet med överenskommelserna lämna nödvändigt expertstöd.

Som tidigare konstaterats har regionerna ansvar för prehospital vård och för att det inom regionen finns en ändamålsenlig organisation för att till och från vårdinrättning eller läkare transportera personer vars tillstånd kräver att transporten utförs med transportmedel som är särskilt inrättade för ändamålet. Som framgår av tidigare redovisade förarbetsuttalanden finns det inget som hindrar hälso- och sjukvården att uppfylla sitt prehospitala vårdansvar genom att följa med i ett transportmedel som räddningsorganisationen förfogar över. Vid en räddningsinsats kan det förekomma att de som deltar i insatsen har olika ansvar. Hälso- och sjukvårdspersonal kan således följa med

en fjällräddningsgrupp eller räddningsbåt, men representerar då inte polisen eller Sjöfartsverket, utan regionen.

Det finns exempel på regioner som vidtagit åtgärder för att utveckla sitt ansvar för sjukvårdsinsatser i oländig terräng och som genom dialog med statlig räddningstjänst och andra aktörer har hittat sätt att arbeta tillsammans. Region Skåne har t.ex. dygnet runt tre ambulanser som är bemannade och utrustade för sjukvårdsinsatser till sjöss (så kallade SITS-ambulanser, SITS=SjukvårdsInsatserTillSjöss). Som tidigare nämnts har Region Skåne inga egna fartyg, men personalen i dessa ambulanser är tränade för att medfölja på Sjöräddnings-sällskapet, Kustbevakningens eller Sjöfartsverkets fartyg. Region Skåne har ingen egen ambulanshelikopter och personalen i SITS-ambulanserna är inte tränade för att medfölja Sjöfartsverkets SAR-helikoptrar. Regionen kan därmed medverka vid sjöräddningsinsatser med sjukvårdsbehov där det går att ta sig fram med båt, men inte sådana uppdrag som kräver helikoptertransport.

Det pågår också ett pilotprojekt i Region Norrbotten där vissa av regionens hälso- och sjukvårdspersonal utbildas för att kunna följa med fjällräddningen ut i deras fordon. Avsikten är att regionen ska ha personal i beredskap för att snabbt kunna följa med fjällräddningen ut på uppdrag.¹¹⁹ Region Norrbotten ingår också i ett projekt med fjällräddningen och andra aktörer för att öka samverkan vid is- och vattenlivräddningsinsatser i fjällmiljö.¹²⁰ Fjällräddningen och Region Västerbotten planerar ett pilotprojekt där legitimerad sjukvårdspersonal, läkare och sjuksköterskor som är fjällräddare, även är anställda av regionen och vid behov får agera för regionens räkning vid fjällräddningsinsatserna. Detta är några exempel på samverkan mellan regioner och statlig räddningstjänst. Däremot saknas det enligt uppgift helt rutiner och överenskommelser mellan regionerna och flyg- sjö och fjällräddning om hantering av händelser med ett stort antal skadade.

Utredningen kan konstatera att regionernas ansvar för prehospital sjukvård och för att det inom regionen finns en ändamålsenlig sjuktransportorganisation gäller även transporter i oländig terräng. Om regionen inte själv har transportmedel för att ta sig fram i sådan terräng behöver regionen på annat sätt, t.ex. genom avtal med kommunal och statlig räddningstjänst, säkerställa att prehospitala sjuk-

¹¹⁹ Uppgifter från utredningens möte med Polismyndigheten.

¹²⁰ Polismyndigheten (2021): *Polisens fjällräddning, Region Nord, Statistik 2020 Fjällräddningsinsatser*.

vårdsinsatser kan utföras i oländig terräng, exempelvis i skog, till sjöss eller i fjällmiljö. Sådana överenskommelser finns ofta mellan regioner och kommunal räddningstjänst. Däremot saknas det mellan regioner och statlig räddningstjänst.

De statliga räddningstjänstaktörerna bör ta initiativ till överenskommelser

Dagens ansvarsfördelning innebär att Sjöfartsverket och Polismyndigheten ansvarar för flyg- och sjöräddning respektive fjällräddning och eftersökning av försvunna personer i andra fall, medan landets 21 regioner ansvarar för sjukvårdsinsatser i samband med sådana räddningsinsatser. Därutöver är SOS Alarm larmmottagare, och som tidigare nämnts ansvarar i vissa regioner för prioritering och dirigerande av ambulansresurser, medan det sköts av regionerna själva i andra regioner. Denna ansvarsfördelning ställer krav på nära samverkan, överenskommen rollfördelning och god kunskap om de olika aktörernas ledningssystem. Som framgått i tidigare avsnitt, bl.a. kapitel 3, har regionerna valt att organisera sig på olika sätt i respektive region. Det är en stor utmaning för Sjöfartsverket och fjällräddningen att vid räddningsinsatser möta olika aktörer med olika organisationer och ledningsmodeller.

Det finns stora fördelar med att samverkan mellan dessa aktörer formaliseras i överenskommelser, så att uppdrag och former för samverkan blir tydliga och väl kända i respektive organisation. Av geografiska skäl behöver bara vissa regioner ingå överenskommelser med fjällräddningen. Däremot har de flesta regioner kuststräckor eller stora insjöar där överenskommelser med Sjöfartsverket aktualiseras. Utredningen bedömer att det är mest ändamålsenligt att Sjöfartsverket och Polismyndigheten, i egenskap av statliga myndigheter och ensamma aktörer inom sitt ansvarsområde, tar initiativ till att ingå överenskommelser med berörda regioner om samverkan vid flyg-, sjö- och fjällräddning. Utredningen anser att Socialstyrelsen, inom ramen för myndighetens uppdrag att samordna och övervaka planläggningen av den civila hälso- och sjukvårdens beredskap¹²¹, skulle kunna utgöra ett stöd för regionerna vid framtagande av sådana överenskommelser

¹²¹ 9 § 1 förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

genom att verka för viss nationell samordning kring formerna för samverkan mellan statlig räddningstjänst och hälso- och sjukvården.

11.6 Möjlighet för regioner att ingå IVPA-avtal med både kommunal och statlig räddningstjänst

Förslag: Det ska införas en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) enligt vilken regioner med bibehållet huvudmannaskap och vårdgivaransvar får sluta avtal med kommunal eller statlig räddningstjänst om att utföra vård i väntan på sjuktransport. Av avtalet ska framgå de särskilda villkor som gäller för uppdraget.

Bedömning: Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård behöver med anledning av ovanstående förslag ses över. Vid en sådan översyn kan det finnas skäl att särskilt se över utformningen 7 kap. 2 § i nämnda föreskrifter.

I dag finns en möjlighet för regioner att ingå avtal med kommunal räddningstjänst om att räddningstjänstpersonalen ska utföra vissa vårdinsatser, en form av förstahjälpen, i väntan på att ambulans anländer eller annan sjuktransport. Särskilt i glesbygd finns stort behov av denna form av samverkan eftersom de kommunala räddningstjänstorganisationerna har ett mer utbyggt nät av utryckningsplatser än regionerna och därför ofta kan komma fram snabbare till en skadad eller sjuk person. Det finns behov för regionerna att ingå liknande avtal med statliga räddningstjänstaktörer, eftersom behoven är desamma i sådana miljöer där statlig räddningstjänst verkar och hälso- och sjukvårdens personal kan ha svårt att snabbt ta sig fram till patienten. Det saknas dock uttryckligt lagstöd för sådana avtal. Nedan beskrivs den rättsliga reglering som finns för regionernas avtal med kommunal räddningstjänst och förutsättningarna för regionerna att ingå motsvarande avtal med statlig räddningstjänst.

11.6.1 Det finns en särskild reglering för kommunal räddningstjänst

Som framgår av avsnitt 11.3.1 ovan har kommunerna ansvarar för kommunal räddningstjänst enligt lagen (2003:778) om skydd mot olyckor, i det följande förkortad LSO. Med räddningstjänst avses enligt nämnda lag räddningsinsatser som staten eller kommunerna ska ansvara för vid olyckor och överhängande fara för olyckor för att hindra och begränsa skador på människor, egendom eller miljön (1 kap. 2 § första stycket). LSO gäller dock inte hälso- och sjukvård som avses i hälso- och sjukvårdslagen (1 kap. 4 § LSO).

Kommuner har enligt HSL ansvar för att erbjuda viss hälso- och sjukvård. Ansvaret för bl.a. sjuktransporter och prehospital vård vilar dock enligt HSL på regionerna.

Enligt 2 kap. 2 § kommunallagen (2017:725), i det följande förkortad KL, får kommuner och regioner inte ha hand om sådana angelägenheter som enbart staten, en annan kommun, en annan region eller någon annan ska ha hand om. Av 3 kap. 2 § lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter följer dock att kommuner får ingå avtal med regioner om att utföra sjuktransporter och att utföra hälso- och sjukvård i väntan på sjuktransport.

Av förarbetena till sist nämnda bestämmelse framgår bl.a. att regeringen såvitt avser kommunernas möjlighet att utföra hälso- och sjukvård i väntan på sjuktransporter, bl.a. uttalade att IVPA-verksamheten kan omfatta flera olika typer av insatser, t.ex. rena trygghets- och skyddande åtgärder, förstahjälpen insatser samt vissa andra åtgärder, bl.a. behandling med syrgas och defibrillering. Regeringen uttalade vidare att personal från räddningstjänsten som efter personlig delegering av ansvarig läkare utför sådana hälso- och sjukvårdsåtgärder, t.ex. behandling med syrgas eller defibrillering, är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal och omfattas därmed av Socialstyrelsens tillsyn (numera har IVO tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen).

Ett av syftena med IVPA-avtal är att räddningstjänsten åtar sig att mot ersättning rycka ut på rena sjukvårdslarm för regionens räddning, dvs. åker ut till personer med exempelvis hjärtstopp och utför livräddande åtgärder i väntan på sjuktransport. Ett annat syfte är att regionen genom avtalet ansvarar för utbildning och övning av räddningstjänstpersonalen i sådana åtgärder som omfattas av IVPA-avtalet. Det innebär en kvalitetssäkring av de vårdåtgärder som rädd-

ningstjänsten utför. Regionen tillhandahåller också normalt vissa läkemedel, förbrukningsartiklar och annan medicinteknisk utrustning för räddningstjänstens behov.

11.6.2 Regionernas möjligheter att överlämna hälso- och sjukvårdsuppgifter till statliga aktörer

Enligt 3 kap. 12 § KL får kommuner och regioner, med de begränsningar som framgår av lag, överlämna skötseln av kommunala angelägenheter till privata utförare. Staten eller en enskild kan bedriva hälso- och sjukvård, men staten är inte en privat utförare.

Frågan är om en region med stöd av någon annan bestämmelse kan överlåta åt t.ex. den statliga räddningstjänsten att utföra uppgifter som regionen har ansvar för enligt HSL. Enligt 15 kap. 1 § HSL får regioner och kommuner med bibehållet huvudmannaskap sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen eller kommunen ansvarar för enligt denna lag. Av avtalet ska framgå de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till en juridisk person eller en enskild individ.^{122,123,124} Av förarbetena framgår att bestämmelsen infördes i syfte att öka konkurrensen i kommunal verksamhet genom anbuds konkurrens. Det råder inte någon tvekan om att syftet med bestämmelsen var att tydligt tillåta att privaträttsliga subjekt utför entreprenader inom bl.a. hälso- och sjukvård.¹²⁵ Frågan om regioner genom avtal skulle kunna anlita staten för att utföra de uppgifter som regionen eller kommunen ansvarar för enligt HSL behandlas inte särskilt i förarbetena. Enligt utredningens bedömning medger lagbestämmelsen enligt sin ordalydelse visserligen att en region överlåter på staten att ansvara för uppgifter som regionen har enligt HSL. En sådan ordning var dock inte vad lagstiftaren syftade till att åstadkomma genom bestämmelsen. Det är dock möjligt att med stöd av bestämmelsen överlåta uppgifter, enligt t.ex. IVPA-avtal, till enskilda såsom exempelvis Sjöräddningssällskapet.

¹²² Ökad konkurrens i kommunal verksamhet (prop. 1992/93:43), s. 4 f. och s. 22 f.

¹²³ Behörigheten för läkare i enskild verksamhet, m.m. (prop. 2004/05:89), s. 19 f. och s. 27 (särskilda villkor).

¹²⁴ Privata utförare av kommunal verksamhet (prop. 2013/14:118), s. 99 (juridisk person).

¹²⁵ Ökad konkurrens i kommunal verksamhet (prop. 1992/93:43).

Genom vad som ovan redovisats följer att kommuner genom 3 kap. 2 § lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter har de nödvändiga befogenheter som kommunalrättsligt krävs för att utföra sjuktransporter och hälso- och sjukvård i väntan på sjuktransport. Det är däremot tveksamt om en region har möjlighet att överlåta på staten att utföra uppgifter som regionen enligt HSL har ansvar för.

11.6.3 När räddningstjänstorganisationer utför vård behöver regleringar för hälso- och sjukvården beaktas

Även om kommuner redan har nödvändiga befogenheter att utföra sjuktransporter och hälso- och sjukvård i väntan på sjuktransport finns det även regleringar som gäller för hälso- och sjukvård som måste beaktas vid sådana uppdrag.

När staten, kommuner, regioner eller enskilda bedriver hälso- och sjukvård måste de följa relevanta föreskrifter i den rättsliga reglering som gäller på hälso- och sjukvårdens område. Bestämmelser i mer än 250 författningar reglerar olika förhållanden inom hälso- och sjukvården. Bestämmelserna syftar ytterst till att säkerställa en behandlingseffektiv och patientsäker vård.

Redan i dag vidtar både kommunal och statlig räddningstjänstpersonal åtgärder som syftar till att behandla skadade och sjuka i väntan på ambulans eller annan sjuktransport. Detta medför dock inte med automatik att bestämmelser i exempelvis bestämmelser i HSL, patientsäkerhetslagen (2010:659), i det följande förkortad PSL, eller patientlagen (2014:821) blir tillämpliga. I Socialstyrelsens föreskrifter (2009:10) om ambulanssjukvård anges i 7 kap. 2 § att den personal som inom ramen för ett IVPA-avtal ger behandling med läkemedel enligt 1 § andra stycket samma föreskrifter ska anses som hälso- och sjukvårdspersonal. Nedan beskrivs de bestämmelser som reglerar vilka som utgör hälso- och sjukvårdspersonal och vilka konsekvenser det får för räddningstjänstpersonal och patienter om räddningstjänstpersonalen anses vara hälso- och sjukvårdspersonal när de utför åtgärder enligt IVPA-avtal.

För den som är hälso- och sjukvårdspersonal gäller särskilda bestämmelser i patientsäkerhetslagen

Vad som utgör hälso- och sjukvård varierar i olika lagar. Enligt HSL avses med hälso- och sjukvårdsåtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, sjuktransporter och omhändertagande av avlidna. Lagen omfattar inte tandvård enligt tandvårdslagen (1985:125).¹²⁶

Med hälso- och sjukvård enligt PSL avses verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar, lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar samt verksamhet inom detaljhandel med läkemedel enligt lagen (2009:366) om handel med läkemedel.¹²⁷ Det som avses med hälso- och sjukvård i PSL är därmed ett bredare område än vad som avses i HSL.

För den som är hälso- och sjukvårdspersonal gäller enligt PSL vissa grundläggande skyldigheter vid utförande av hälso- och sjukvård.¹²⁸ Med hälso- och sjukvårdspersonal avses enligt 1 kap. 4 § PSL

1. den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården,
2. personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter,
3. den som i annat fall vid hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare,
4. apotekspersonal som tillverkar eller expedierar läkemedel eller lämnar råd och upplysningar,
5. personal vid Giftinformationscentralen som lämnar råd och upplysningar, och
6. personal vid larmcentral och sjukvårdsrådgivning som förmedlar hjälp eller lämnar råd och upplysningar till vårdsökande.

Bestämmelserna om grundläggande skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonalen i 6 kap. PSL bygger på personligt yrkesansvar. Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen bär själv ansvaret för hur

¹²⁶ 2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

¹²⁷ 1 kap. 2 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

¹²⁸ 6 kap. i ovan nämnda författning.

han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter.¹²⁹ Grunden i det egna yrkesansvaret är att arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet och ge patienterna en sakkunnig och omsorgsfull vård. Hälso- och sjukvårdspersonalen får delegera en arbetsuppgift till någon annan endast när det är förenligt med kravet på en god och säker vård. Den som delegerar en arbetsuppgift till någon annan, ansvarar för att denne har förutsättningar att fullgöra uppgiften¹³⁰.

Hälso- och sjukvårdspersonalen är också skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada¹³¹.

Personer som utför hälso- och sjukvård har olika utbildning och olika grader av kunnande och erfarenhet. Regleringen på hälso- och sjukvårdens område är som regel inte utformad så att det särskilt anges vilken kompetens som en viss vårduppgift kräver. PSL kan allmänt sett sägas vara utformad med utgångspunkten att den som vidtar en vårdåtgärd ska ha det kunnande som krävs för att åtgärden ska kunna utföras patientsäkert och effektivt. Regelverket ställer främst krav på hur arbetsuppgifter ska utföras, inte på vem som utför dem. Regleringen i PSL syftar till ett personligt yrkesansvar, men också till ansvar för vårdgivare.

Frågan är därmed om räddningstjänstpersonal kan anses omfattas av bestämmelsen i 1 kap. 4 § PSL ovan när de utför uppgifter med stöd av IVPA-avtal och därmed ska anses utgöra hälso- och sjukvårdspersonal. Det är enligt utredningens bedömning punkten 3 i 1 kap. 4 § PSL som kan bli aktuell vid IVPA-åtgärder, dvs. att räddningstjänstpersonalen i annat fall än vid vårdinrättning biträder en legitimerad yrkesutövare vid hälso- och sjukvård av patienter. Av förarbeten framgår att den biträdande ska hjälpa till vid behandling, vård eller undersökning av en patient för att omfattas av bestämmelserna.¹³²

¹²⁹ 6 kap. 2 § första stycket i ovan nämnda författning.

¹³⁰ 6 kap. 3 § i ovan nämnda författning.

¹³¹ 6 kap. 4 § i ovan nämnda författning.

¹³² Äligganden för personal inom hälso- och sjukvården m.m. (prop. 1993/94:149), s. 116.

Patientskadelagen gäller bara verksamhet som utövas av hälso- och sjukvårdspersonal

Med patientsäkerhet avses enligt PSL skydd mot vårdskador.¹³³ I patientskadelagen (1996:799) regleras patienters rätt till patient-skadeersättning och skyldigheten för vårdgivare att ha en patientförsäkring som täcker en sådan ersättning.

Patientskadelagen gäller endast skador som har uppkommit i samband med hälso- och sjukvård i Sverige. Med hälso- och sjukvård avses enligt lagen hälso- och sjukvård: sådan verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar, lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar eller lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter, annan liknande medicinsk verksamhet samt verksamhet inom detaljhandeln med läkemedel, *allt under förutsättning* att det är fråga om verksamhet som utövas av hälso- och sjukvårdspersonal som omfattas av 1 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659). Huruvida räddningstjänstens personal anses utgöra hälso- och sjukvårdspersonal i patientsäkerhetslagens mening när de vidtar vårdåtgärder enligt IVPA-avtal får därmed betydelse för om patienten ska kunna få ersättning enligt patientskadelagen för eventuella vårdskador.

Andra än hälso- och sjukvårdspersonal kan också utföra vårdåtgärder

Det är inte endast hälso- och sjukvårdspersonal som kan ha utbildning för vissa vårdåtgärder. Röda Korset har till exempel ett uppdrag från MSB och får stöd för att bidra till att utbilda privatpersoner, men även räddningstjänstpersonal, i första hjälpen och hjärt-lungräddning.

Med första hjälpen avses enligt Socialstyrelsens termbank åtgärder som omedelbart måste vidtas för att upprätthålla livsviktiga kropps-funktioner. I allmänhet brukar med första hjälpen-begreppet avses t.ex. åtgärder för att skapa fria andningsvägar, stoppa blödning och utföra hjärt-/lungräddning. Att en person har viss utbildning för att vidta en vårdåtgärd innebär dock inte med automatik att bestämmelser i t.ex. HSL eller PSL blir tillämpliga.

¹³³ 1 kap. 6 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

Med hälso- och sjukvård avses enligt HSL åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador (2 kap. 1 §). Paragrafen motsvarar i sak 1 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), dvs. gamla HSL. I förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen diskuterades olika gränsdragningsproblem och vissa vägledande principer angavs för hur problemen skulle lösas. Av förarbetena framgår bl.a. följande:

Hälso- och sjukvårdens vårdansvar bör i princip begränsas till att omfatta sådana vårdbehov som bedöms kräva insatser av medicinskt utbildad personal eller av sådan personal i samarbete med personal med administrativ, teknisk, farmaceutisk, psykologisk eller socialkompetens.¹³⁴

Att hälso- och sjukvårdens vårdansvar avgränsas på detta sätt innebär inte att andra är förhindrade att utföra vårdåtgärder. I 5 kap. PSL finns bestämmelser om begränsningar i rätten för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att *yrkesmässigt* vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder, de s.k. kvacksalveribestämmelserna. Bl.a. finns där ett kategoriskt förbud mot att undersöka eller behandla barn under åtta år. Utöver de begränsningar som följer av 5 kap. PSL finns det inte något hinder mot att personer som inte är hälso- och sjukvårdspersonal utför vårdåtgärder. Bestämmelserna i HSL eller patientskadelagen blir inte tillämpliga i de fallen. Däremot kan utförandet av sådana åtgärder aktualisera frågor om det allmänna straffansvar som kan följa för olika brott. När det gäller straffansvar för vårdåtgärder som vidtas utanför hälso- och sjukvårdens ansvar, t.ex. när någon ur allmänheten i samband med en olycka försöker hjälpa en svårt skadad, kan ansvarsfrihet enligt 24 kap. 4 § brottsbalken, som reglerar nödsituationer aktualiseras. En gärning som någon begår i nöd utgör brott endast om den med hänsyn till farans beskaffenhet, den skada som åsamkas annan och omständigheterna i övrigt är oförsvarlig. Nöd föreligger när fara hotar liv, hälsa, egendom eller något annat viktigt av rättsordningen skyddat intresse.

Människor blir sjuka eller skadas överallt i samhället, exempelvis hemma, på en arbetsplats, i en skola, i mataffärer, på fotbollsarenor och tunnelbanestationer eller ute i oländig terräng. Som regel finns det inte genast hälso- och sjukvårdspersonal på plats som kan svara för att lämpliga vårdåtgärder vidtas. I väntan på hälso- och sjukvårdspersonal får därför var och en försöka göra vad som är möjligt för att hjälpa den skadade eller sjuke personen, vilket i vissa fall även kan

¹³⁴ Proposition om hälso- och sjukvårdslag, m.m. (prop. 1981/82:97), s. 44.

kräva åtgärder för att rädda liv. Och detta gäller förstås även om en hjälplämmande person helt skulle sakna rätt utbildning för vissa vårdåtgärder, såsom att utföra hjärt-lung-räddning eller att försöka stoppa svåra blödningar.

På samma sätt kan många av de vårdåtgärder som kan vara nödvändiga och lämpliga att vidta i väntan på ambulans eller annan sjuktransport även vidtas av räddningstjänstpersonal utan medverkan av hälso- och sjukvårdspersonal. Det finns dock begränsningar för vilka vårdåtgärder som kan utföras.

Det finns en särskild bestämmelse för läkemedel som ges enligt IVPA-avtal

Försäljning och användning av syrgas (medicinsk oxygen) och andra läkemedel förutsätter enligt gällande rätt i många fall bl.a. att någon inom hälso- och sjukvården har förskrivit, ordinerat och lämnat olika råd att läkemedlet ska kunna användas på ett säkert sätt. En övergripande redogörelse för bestämmelser i gällande rätt som aktualiseras när ett läkemedel ska användas utanför hälso- och sjukvården finns i utredningens närmast föregående delbetänkande.¹³⁵ Bestämmelser i bl.a. läkemedelslagen (2015:35), lagen (2009:366) om handel med läkemedel samt föreskrifter meddelade av Läkemedelsverket och av Socialstyrelsen om läkemedelshantering, förskrivning och ordination innebär att bl.a. räddningstjänstpersonalens tillgång till och användning av syrgas förutsätter medverkan av bl.a. sjukvårdspersonal, företrädesvis läkare.

Av 5 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården framgår att endast hälso- och sjukvårdspersonal som får förordna eller förskriva ett läkemedel får ordinera läkemedlet. Av 6 kap. 6 och 7 §§ samma föreskrift följer att endast läkare får utfärda generella direktiv om läkemedelsbehandling och att innan ett läkemedel med stöd av ett generellt direktiv om läkemedelsbehandling iordningställs och administreras eller överlämnas till en patient, så ska en sjuksköterska göra en bedömning av patientens behov av läkemedlet, och kontrollera läkemedlets indikation och kontraindikationer. Denna bedömning ska dokumenteras i patientjournalen.

¹³⁵ En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19), s. 978 f.

Det kan konstateras att den personal som utför första hjälpen och administrerar syrgas enligt IVPA-avtal inte i allmänhet är legitimerade sjuksköterskor. I 7 kap. 8 § nämnda föreskrifter finns dock en särskild bestämmelse som anger att icke legitimerad personal i ambulanssjukvården och räddningstjänsten får, med stöd av ett generellt direktiv om läkemedelsbehandling, iordningställa och administrera till en patient medicinsk oxygen, och läkemedel som innehåller naloxon och som enligt sitt godkännande kan administreras av andra personer än hälso- och sjukvårdspersonal. I bestämmelsen anges att detta ska gälla utan att en sjuksköterska har gjort en sådan behovsbedömning som anges i 6 kap. 7 §.

11.6.4 Nuvarande bestämmelser om IVPA-avtal

Enligt nuvarande ordning ställer Socialstyrelsen särskilda krav för vård som utförs i väntan på ambulans (IVPA). Närmare bestämmelser om IVPA finns i 7 kap. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:10) om ambulanssjukvård m.m. Föreskrifterna reglerar endast avtal om första hjälpen i väntan på ambulans enligt 3 kap. 2 § lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter.

Av de nämnda föreskrifterna framgår att ett IVPA-avtal ska säkerställa att den som utför ett IVPA-uppdrag kan

1. ge första hjälpen med enkla hjälpmedel,
2. ge den vårdbehövande trygghet, och
3. hålla kontakt med hälso- och sjukvårdspersonalen i ambulansen.

Enligt föreskrifterna ska det av ett IVPA-avtal framgå om defibrilering och behandling med medicinsk oxygen ingår i IVPA-uppdraget. Det ska även framgå av avtalet om det i uppdraget ingår behandling med läkemedel som innehåller naloxon och som enligt sitt godkännande kan administreras av andra personer än hälso- och sjukvårdspersonal. I föreskrifterna anges vidare att personal som inom ramen för ett IVPA-avtal ger behandling med läkemedel ska anses vara hälso- och sjukvårdspersonal och stå under IVO:s tillsyn. Vidare framgår att IVPA-åtgärder ska dokumenteras.

Av de ovan redovisade föreskrifterna framgår inte varför det endast är personal som vidtar åtgärder som består av behandling med

läkemedel som ska anses utgöra hälso- och sjukvårdspersonal. Avtalen ska enligt föreskrifterna säkerställa utförande av första hjälpen. Således omfattar ett uppdrag betydligt fler vårdåtgärder än en administration av läkemedel. Det är svårt att förstå av vilka skäl som räddningstjänstpersonalen, när den utför hälso- och sjukvårdsåtgärder på uppdrag av regionen, inte anses utgöra hälso- och sjukvårdspersonal vid utförandet av samtliga åtgärder som omfattas av ett IVPA-uppdrag. Det kan möjligen vara så att förklaringen står att finna i uttalanden som regeringen gjort i samband med införandet av 3 kap. 2 § lagen om vissa kommunala befogenheter.¹³⁶

Juridiskt tekniskt kan det vara så att en delegation är avgränsad till att endast omfatta en viss eller vissa särskilt angivna åtgärder. En sådan avgränsning innebär dock för IVPA-avtal att tillämpningen av regelverken på hälso- och sjukvårdsområdet kommer att se mycket olika ut beroende på vilka vårdåtgärder som räddningstjänsten vidtar, exempelvis kommer bl.a. PSL och patientskadelagen att vara tillämpliga för vissa åtgärder där räddningstjänstpersonalen anses vara hälso- och sjukvårdspersonal, medan de inte är tillämpliga för andra åtgärder.

Utredningen har tagit del av några IVPA-avtal och även förslag till sådana avtal. Det kan konstateras att avtalen är olika omfattande och olika utformade. Exempelvis kan krav på utrustning skilja sig åt och det förekommer också skillnader vad gäller ansvaret för patientskador. Det finns därför skäl att skapa ökad tydlighet kring förutsättningarna för IVPA-avtal och mer likartade förhållanden för patienter som får vård med stöd av IVPA-avtal.

Möjligheter för statlig räddningstjänst att ingå IVPA-avtal

Vid sjö- eller fjällräddning utför räddningstjänstpersonalen vissa livräddande eller skademinimerande åtgärder innan hälso- och sjukvårdspersonalen hinner fram, eller under transport till en punkt där hälso- och sjukvården kan möta upp. Merparten av fjällräddningsinsatserna – över 90 procent – hanterar skadade och sjuka, där skador på armar och/eller ben är i majoritet.

¹³⁶ Kommunal medverkan i landstingens sjuktransporter (prop. 2004/05:17), s. 15.

Frågan är om det finns legala möjligheter för Polismyndigheten och Sjöfartsverket att åta sig att utföra motsvarande uppgifter som kommunala räddningstjänstorganisationer kan genom IVPA-avtal.

Polismyndigheten

Polismyndigheten ansvarar enligt 4 kap. 1 § förordningen (2003:789) om skydd mot olyckor för fjällräddning och enligt 4 kap. 11 § för efterforskning av försvunna personer i andra fall. Enligt 4 kap. 1 § lagen (2003:778) om skydd mot olyckor innebär fjällräddning att i fjällområden ansvara för sådan räddningstjänst som innefattar att efterforska och rädda den som har försvunnit under sådana omständigheter att det kan befaras att det föreligger fara för dennes liv eller allvarlig risk för dennes hälsa, rädda den som råkat ut för en olycka eller drabbats av en sjukdom och som snabbt behöver komma under vård eller få annan hjälp. Polismyndigheten ska upprätta ett program för fjällräddningstjänsten som ska innehålla uppgifter om vilken förmåga myndigheten har och avser att skaffa sig för att göra räddningsinsatser, och uppgifter om samverkan med kommuner, regioner, andra statliga myndigheter och berörda organisationer. Som en del av förmågan ska det anges vilka resurser myndigheten har och avser att skaffa sig.¹³⁷

Utredningen bedömer att det inom ramen för Polismyndighetens uppdrag att ansvara för fjällräddning och samverka med bl.a. regioner ingår att kunna avtala med regionerna om utförande av IVPA-åtgärder. Det är som inledningsvis redan framhållits också så att fjällräddningspersonalen redan utför vissa livräddande eller skademinimerande åtgärder i väntan på sjuktransport. Ett IVPA-avtal skulle således inte medföra någon ändrad arbetsbelastning eller medföra att personalen måste utföra uppgifter de annars inte skulle utföra. Där emot skulle regionen få det medicinska ansvaret för sådana vårdåtgärder och ansvara för utbildning av räddningstjänstens personal och kvalitetssäkring av sådana vårdåtgärder som de ska utföra enligt IVPA-avtalet. Om en sådan åtgärd inte skulle anses inrymmas i Polismyndighetens befintliga uppdrag bör det införas en bestämmelse som möjliggör detta i myndighetens instruktion.

¹³⁷ 4 kap. 1 § förordningen (2003:789) om skydd mot olyckor.

Sjöfartsverket

Enligt 4 kap. 2 § förordningen om skydd mot olyckor ansvarar Sjöfartsverket för flygräddning och enligt 4 kap. 8 § för sjöräddningstjänst. Enligt 4 kap. 3 § lagen om skydd mot olyckor innebär sjöräddningstjänsten att ansvara för efterforskning och räddning av människor som är eller kan befaras vara i sjönöd och för sjuktransporter från fartyg. Sjöfartsverket har därmed ett direkt ansvar för sjuktransporter från fartyg. Enligt myndighetens instruktion ska Sjöfartsverket även vid livshotande situationer där omedelbar transport är avgörande för behandlingen av skadade eller sjuka personer, utföra transporter med helikopter på begäran av sjukvårdshuvudman, om verkets resurser är lämpliga för uppgiften och det kan ske utan allvarligt hinder mot dess ordinarie verksamhet eller dess medverkan enligt lagen (2003:778) om skydd mot olyckor.¹³⁸ Inom ramen för Sjöfartsverkets uppdrag att ansvara för flyg- och sjöräddning, och i synnerhet myndighetens uppdrag att ansvara för sjuktransporter från fartyg, bedömer utredningen att det finns utrymme för myndigheten att ingå avtal med regioner om utförande av IVPA-åtgärder. Om IVPA-avtal inte anses inrymmas i myndighetens uppdrag bör det införas en bestämmelse som möjliggör detta i myndighetens instruktion.

11.6.5 Det införs en ny bestämmelse om IVPA-avtal i hälso- och sjukvårdslagen

Som tidigare redovisats arbetar fjällräddarna på uppdrag av Polismyndigheten och sjö- och flygräddningspersonalen på uppdrag av Sjöfartsverket. Vid sjö-, flyg- eller fjällräddning utför räddningstjänstpersonalen vissa livräddande eller skademinimerande åtgärder innan hälso- och sjukvårdspersonalen hinner fram, eller under transport till en punkt där hälso- och sjukvården kan möta upp. Det ansvar Sjöfartsverket har enligt LSO för sjuktransporter från fartyg är inte sådana sjuktransporter som avses i HSL, där prehospital vård ska kunna ges under transporten.

Utredningen anser att det finns goda skäl att utveckla samordningen mellan hälso- och sjukvård och statlig räddningstjänst. Även med bättre samordning finns det ett kvarvarande behov av att räddningstjänsten, i väntan på ambulans eller annan sjuktransport, vidtar

¹³⁸ 2 § 3 förordning (2007:1161) med instruktion för Sjöfartsverket.

livräddande åtgärder, främst genom första hjälpen. Mot bakgrund av gällande rätt bedöms räddningstjänstens personal, även personal utan särskild utbildning, kunna vidta vårdåtgärder på sjuka eller skadade i väntan på att en sjuktransport kan ta över ansvaret för den sjuke eller skadade. De kan dock inte utan vidare använda sig av syrgas. De vårdåtgärder som räddningstjänsten vidtar torde som regel kunna utföras utan risk för straffansvar. Enligt utredningens uppfattning ska IVPA-avtalen betraktas som ett sätt för en region att säkerställa sin skyldighet enligt HSL att erbjuda god vård. Om en region väljer att säkerställa sin skyldighet att erbjuda god hälso- och sjukvård genom IVPA-avtal med räddningstjänsten torde det av olika skäl vara svårt att lägga vårdgivaransvaret på utföraren. Den ordning med IVPA-avtal som nu finns innebär dock, såvitt utredningen kunnat finna, att vårdgivaransvaret stannar på regionen. Genom denna ordning säkerställs också möjligheterna att ge medicinsk oxygen inom ramen för första hjälpen.

Beträffande förutsättningarna för regionerna att ingå IVPA-avtal med statlig räddningstjänst är utredningens bedömning att det saknas tydligt lagstöd för detta. Även om det är regionernas ansvar att säkerställa att sjuktransporter och prehospital vård kan utföras inom rimlig tid, finns det anledning att utgå från att det för sådana situationer som den statliga räddningstjänsten ansvarar för, finns särskild anledning att räkna med att det kan ta relativt lång tid innan regionens sjuktransport kan ta över ansvaret för en sjuk eller skadad person.

Enligt utredningen framstår det som särskilt angeläget att en region genom IVPA-avtal kan säkerställa kraven på god vård även då sjuka och skadade befinner sig på platser som är svåra att nå och då det finns risk för att det tar lång tid innan dessa kan omhändertas av en sjuktransport. En förutsättning för att statlig räddningstjänst ska kunna utföra IVPA-uppdrag bedöms dock vara att regionerna behåller sitt ansvar som huvudmän, men även att vårdgivaransvaret och de skyldigheter som följer av detta ansvar stannar på regionen.

Vidare bör beaktas att kommuner enligt 3 kap. 2 § lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter har nödvändiga kommunalrättsliga befogenheter för att utföra vård i väntan på ambulans eller annan sjuktransport. Denna bestämmelse utgör inte grund för en region att överlåta ansvaret för sådan vård och sådana transporter som regionen ansvarar för till en kommun. Inte heller bedöms bestämmelsen i 15 kap. 1 § eller andra bestämmelser i HSL eller i annan lag, exempel-

vis lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet ge regioner sådana möjligheter. Lagen om gemensam nämnd inom vård och omsorg rör inte räddningstjänst. På samma sätt som för statlig räddningstjänst bedöms det vara en förutsättning för IVPA-avtal med kommunal räddningstjänst att både ansvaret som huvudman och vårdgivare stannar på regionen.

Utredningen förslår mot denna bakgrund att det i 15 kap. HSL införs en ny bestämmelse, 2 §, enligt vilken regioner med bibehållet huvudmannaskap och vårdgivaransvar får sluta avtal med kommunal eller statlig räddningstjänst om att utföra vård i väntan på sjuktransport. Av avtalet ska framgå de särskilda villkor som gäller för uppdraget.

Innehållet i IVPA-avtal

Det är av största vikt att IVPA-avtal är väl utformade. Ett IVPA-avtal bör tydliggöra och avgränsa vårdgivaransvaret för de åtgärder som ska utföras. Åtgärderna måste avgränsas och tydliggöras i avtalet. Avtalet måste också säkerställa att den personal som ska utföra åtgärderna har den kunskap och kompetens som krävs för att personalen ska uppfylla de krav som bl.a. följer av bestämmelserna i 6 kap. PSL. Enligt utredningens bedömning framstår det som direkt olämpligt att avgränsa ett IVPA-uppdrag så att endast vissa av de åtgärder som ska utföras inom ramen för uppdraget omfattas av det ansvar som följer av 6 kap. PSL. Avtalen träffas för att en region ska säkerställa sin skyldighet enligt HSL att erbjuda god vård och en sådan avgränsning riskerar att skapa oklarhet om ansvaret för eventuella patientskador. Det ansvar som gäller för hälso- och sjukvårdspersonal bör gälla fullt ut då någon genom avtal för regionens räkning utför hälso- och sjukvård. Patientskadelagens tillämpning, och därigenom skyldigheten för vårdgivaren att teckna patientförsäkring, samt patientens rätt att begära ersättning för vårdskador bör säkerställas genom bestämmelser i IVPA-avtalen.

Genom IVPA-avtalen bör också tydliggöras hur dokumentation av vårdåtgärder och rapportering av patientsäkerhetsrisker ska ske. Det finns därutöver skäl att i avtalen klargöra dels frågor kring ansvar som enligt olika rättsliga regleringar gäller för arbetsgivare, dels frågor om ansvar för utbildning och fortbildning.

Vidare bör ansvaret för nödvändig utrustning regleras i IVPA-avtalen. Det torde vara särskilt angeläget att reda ut hur ansvar för service och utbyten av medicinteknisk utrustning som t.ex. defibrillatorer och syrgasutrustning ska se ut. Även frågor om ansvar för personuppgiftsbehandling och frågor om sekretess bör regleras eller tydliggöras.

Socialstyrelsens föreskrifter behöver ses över

Utredningen har i (avsnitt 4.1.4 och 11.1) konstaterat att det av flera skäl kan finnas anledning för Socialstyrelsen att se över sina föreskrifter (SOSFS 2009:10) om ambulanssjukvård m.m. Även den nu föreslagna bestämmelsen om IVPA-avtal i HSL medför behov av en översyn av ambulansföreskrifterna för att säkerställa att de är utformade så att det är tydligt vad som gäller då vårdåtgärder utförs enligt IVPA-avtal. Det finns då enligt utredningen inte minst anledning att överväga utformningen 7 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:10) om ambulanssjukvård m.m., dvs. föreskriften som anger att den personal som inom ramen för ett IVPA-avtal ger behandling med läkemedel enligt 1 § andra stycket ska anses som hälso- och sjukvårdspersonal och omfattas av Inspektionen för vård och omsorgs tillsyn. Föreskrifterna behöver också utformas så att de kan tillämpas även för IVPA-uppdrag som utförs av statlig räddningstjänst. Av de nuvarande föreskrifterna om ambulanssjukvård framgår att läkemedelsbehandling med medicinsk oxygen och läkemedel innehållande naloxon kan omfattas av IVPA-avtal. Fjällräddningen har framfört till utredningen att behandling med medicinsk oxygen och naloxon sällan är aktuellt i deras verksamhet, men att de däremot ser behov av att t.ex. få ge smärtlindrande läkemedel eller vid behov reponera benbrott. Inom ramen för en översyn av föreskrifterna kan Socialstyrelsen i dialog med regioner, Polismyndigheten och Sjöfartsverket ta ställning till om det är motiverat att öppna upp för ytterligare läkemedelsbehandlingar eller andra hälso- och sjukvårdsåtgärder inom ramen för räddningstjänstens IVPA-avtal och om det i så fall finns skäl att med anledning av det även se över Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel.

Befintliga sekretessbestämmelser är tillräckliga

Alla som arbetar inom hälso- och sjukvården, både offentlig och privat, arbetar under sekretess och tystnadsplikt. Det innebär att alla uppgifter som rör patientens personliga förhållanden skyddas av sekretess och får enbart lämnas ut efter särskild prövning. Om patienten själv går med på det eller om det står klart att patienten eller någon närstående inte lider men av att uppgifterna lämnas ut kan sekretessen och tystnadsplikten brytas. Därutöver får uppgifter bara röjas i enlighet med särskilda sekretessbrytande bestämmelser i lag eller förordning.

Sekretessen regleras av offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) för dem som arbetar inom offentlig verksamhet som staten, regioner och kommuner. För de som arbetar hos privata vårdgivare finns regler om tystnadsplikt i 6 kap. patientsäkerhetslagen.

Den kommunala räddningstjänstpersonal som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter inom IVPA- omfattas av hälso- och sjukvårdssekretess enligt offentlighets- och sekretesslagen. Regeringen har tidigare bedömt att därigenom sekretessskyddas den del av IVPA-verksamheten i kommunal räddningstjänst som får anses ha behov av sekretessskydd. Sekretessreglerna innebär även att hälso- och sjukvårdssekretess gäller vid uppgiftslämnande från kommunalt bedriven sjuktransportverksamhet och de delar av IVPA-verksamheten som utgör hälso- och sjukvård, till regionens hälso- och sjukvård.¹³⁹

Det råder en mycket stark sekretess för uppgifter rörande patienternas hälsotillstånd och andra personliga förhållanden. Det skulle därför kunna ifrågasättas om dessa uppgifter kan lämnas ut till regionens hälso- och sjukvård. Det har dock i tidigare lagstiftningsarbete anförts att uppgifter från en sjukvårdsinrättning i regel kan lämnas ut till en annan sjukvårdsinrättning om uppgifterna behövs i rent vårdsyfte. Visst utrymme har även ansetts finnas för att lämna uppgifter till en annan vårdsektor för att bistå en patient. Uppgifter har även ansetts kunna lämnas från den allmänna sjukvården till en privatpraktiserande läkare eller en företagsläkare, om uppgifterna i trängande fall behövs för en medicinsk behandling.¹⁴⁰ Med hänsyn till det har regeringen tidigare gjort bedömningen att de aktuella bestämmel-

¹³⁹ Kommunal medverkan i landstingens sjuktransporter (prop. 2004/05:17), s. 20.

¹⁴⁰ Förslag till sekretesslag (prop. 1979/80:2), del A, s. 168 och Konstitutionsutskottets betänkande med anledning av propositionen 1979/80:2 med förslag till sekretesslag m.m. jämte motioner (KU 1979/80:37), s. 23.

serna i sekretesslagen inte kommer att lägga hinder i vägen för kommunalt anställd personal inom sjuktransportverksamheten och IVPA-verksamheten att lämna ut de uppgifter som behövs i rent vårdsyfte till regionens hälso- och sjukvård i samband med överlämnandet av en patient. I en sådan situation torde knappast kunna hävdas att patienten lider men om uppgifter lämnas ut till hälso- och sjukvården, en verksamhet som i övrigt omfattas av samma starka sekretess som sjuktransportverksamheten och de delar av IVPA-verksamheten som utgör hälso- och sjukvård.¹⁴¹ Utredningen bedömer att motsvarande resonemang bör kunna gälla för överlämnande av uppgifter från statlig räddningstjänst till regional eller privat hälso- och sjukvård. De statliga räddningstjänstaktörerna omfattas också av bestämmelserna om hälso- och sjukvårdssekretess i offentlighets- och sekretesslagen och kan överlämna uppgifter om patienten till den mottagande vårdgivaren, oavsett om det är en region eller en privat vårdgivare. Det finns därför inte behov av att införa några ytterligare bestämmelser om sekretess.

¹⁴¹ Kommunal medverkan i landstingens sjuktransporter (prop. 2004/05:17), s. 19–20.

12 Försvarsmaktens hälso- och sjukvård

Regeringen har i totalförsvarspropositionen uttalat att sjukvårdstjänsten i Försvarsmakten bör utvecklas och förstärkas. Ansvaret för sjukvårdsresurser för det akuta omhändertagandet på stridsfältet bör ligga på respektive försvarsgren. För att kunna förstärka sjukvårdsresurserna inom militärregionerna och prioriterade områden bör de två sjukhuskompanierna utvecklas till rörliga fältsjukhuskompanier som ansvarar för ett fältsjukhus var. Regeringen betonade dock att sjukvårdskedjan måste ses i ett sammanhang inom totalförsvaret. Utgångspunkten bör vara att Försvarsmakten i första hand bör ansvara för all sjukvård på stridsfältet och att den civila sjukvården måste ha insikt i och en planering för vilka behov som denna därutöver ska kunna möta.¹

Försvarsmaktens uppgift är att försvara Sverige mot ett väpnat angrepp.² Försvarsmakten ska också främja Sveriges säkerhet och hävda Sveriges territoriella integritet. Myndigheten ska ha förmåga att värna Sveriges suveräna rättigheter och svenska intressen samt att förebygga och hantera konflikter och krig såväl nationellt som internationellt.³ Försvarsmaktens verksamhet är således speciell. Militär personal måste övas och utbildas för att kunna verka under förhållanden som i många delar är främmande för det fredstida samhället.

Försvarsmakten har rätt att i vissa situationer bruka våld. Det ligger i sakens natur att det våld som utövas under militära operationer i krig kan vara omfattande. Försvarsmakten är också en statlig vårdgivare som bedriver hälso- och sjukvård, även i fredstid. I Sverige bedrivs vården inom ramen för grundorganisationen bl.a. företagshälsovård, daglig sjukvård för värnpliktiga och sjukvårdsberedskap under övningar.

¹ Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30), s. 108 f.

² 1 § förordning (2007:1266) med instruktion för Försvarsmakten.

³ 2 § i ovan nämnda författning.

En viktig del i fredstid är också att säkerställa och följa upp de medicinska krav som finns för t.ex. befattningshavare i flyg- och dyktjänst.

Försvarsmakten bedriver också hälso- och sjukvård utomlands inom utlandsstyrkan. I huvudsak handlar det om daglig sjukvård för de anställda i förbanden men det finns även god förmåga till akut omhändertagande och rutiner för hemtransport vid t.ex. stridsskador om så skulle behövas. Sjukvårdskedjan i utlandsstyrkan kan, beroende på insatsens förutsättningar, omfatta stöd från flera nationer med t.ex. tillgång till fältsjukhus och taktiska eller strategiska medicinska transporter.

Försvarsmakten har i grundorganisationen i Sverige få sjukvårdsresurser gripbara för t.ex. prehospital- och avancerad traumavård. I den del det finns förband under utbildning är det inte säkert att den legitimerade sjukvårdspersonalen finns tillgänglig över tid eftersom dessa oftast har en anställning i den civila hälso- och sjukvården. Försvarsmaktens förmåga att bedriva prehospital- och avancerad traumavård kommer därför att finnas framförallt i krigsförbanden vilka tillgängliggörs först efter mobilisering. Vid denna tidpunkt inkallas den krigsplacerade hälso- och sjukvårdspersonalen som till vardags arbetar i den civila sjukvården.

Som stöd för forskning, utveckling och utbildning inom försvarsmedicinområdet finns Försvarsmedicincentrum i Göteborg. Försvarsmedicincentrum ansvarar också för två krigsförband, de två fältsjukhuskompanierna.

Försvarsmaktens sjukvård omfattar hela kedjan från omedelbar kamrathjälp, vilket kan sägas motsvara första hjälpen, och ett första omhändertagande på stridsfältet av sjukvårdare och sjuktransporter med olika kvalificerade resurser, till avancerad traumavård på fältsjukhus eller vård av civila vårdenheter. Verksamheten bedrivs av både legitimerad och icke legitimerad personal, som tjänstgör i Försvarsmakten hela tiden eller under viss tid och värnpliktig personal. Verksamheten bedrivs vid både fasta vårdinrättningar, som t.ex. försvarshälsan, och på mobila enheter som fartyg, flygande-, hjul- och bandgående sjuktransportfordon samt vid fältsjukhus. Sjukvård bedrivs också på olika platser under övning och vid internationella insatser av olika slag. Vid krig kommer vård att bedrivas överallt där det är nödvändigt.

Hälso- och sjukvårdslagstiftningen gäller om inte annat särskilt anges också för Försvarsmaktens verksamhet. Hälso- och sjukvårdslagstiftningen är som konstaterats tidigare i betänkandet, inte sär-

skilt anpassad sådan hälso- och sjukvård som måste utföras under mycket svåra förhållanden, exempelvis vid krig.

Nedan beskrivs några problem som hälso- och sjukvårdslagstiftningen medför för Försvarsmaktens verksamhet och utredningens förslag till hur dessa kan hanteras. Frågor som rör utländsk militär sjukvårdspersonals rätt att verka i Sverige hanteras tillsammans med liknande civila frågor i avsnitt 8.2.10.

12.1 Sjukvårdares möjlighet att bedriva vård och hantera läkemedel

Bedömning: Försvarsmaktens sjukvårdare får anses utgöra hälso- och sjukvårdspersonal när de utför hälso- och sjukvårdsåtgärder på stridsfältet. Det medför att de omfattas av skyldigheterna för hälso- och sjukvårdspersonal i patientsäkerhetslagen. Försvarsmakten ansvarar i egenskap av vårdgivare för att sjukvårdarna har den kunskap som krävs för att bedriva god och säker vård.

Det framstår som både möjligt och lämpligt att genom föreskrifter på myndighetsnivå skapa en särskild ordning som säkerställer att Försvarsmakten även vid krig kan ge den vård som behövs. Försvarsmakten kan genom en skrivelse till Socialstyrelsen och till Läkemedelsverket eller på annat sätt påtala behovet av föreskrifter för hälso- och sjukvård i Försvarsmakten.

Försvarsmakten kan tillsammans med Socialstyrelsen och Läkemedelsverket reda ut bl.a. vilka läkemedel som är lämpliga och nödvändiga att administrera i en stridsmiljö, vilka kunskapskrav som bör gälla samt vilken utbildning och vilka kunskapskontroller som krävs. Förslag till föreskrifter som löser Försvarsmaktens behov av läkemedelsanvändning kan sedan tas fram. Om det mot förmodan skulle visa sig att det krävs föreskrifter på lagnivå, kan Försvarsmakten, Socialstyrelsen eller Läkemedelsverket hemställa om nödvändiga lagändringar hos regeringen.

Försvarsmakten är en statlig vårdgivare som måste kunna bedriva hälso- och sjukvård under mycket speciella förutsättningar. Bestämmelser i bl.a. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), i det följande förkortad HSL, och patientsäkerhetslagen (2010:659), i det följande förkortad PSL, gäller också för den hälso- och sjukvård som Försvars-

makten utför. Hälso- och sjukvården inom Försvarsmakten och Försvarets materielverk står under tillsyn av försvarsinspektören för hälsa och miljö.⁴ Hälso- och sjukvårdspersonalen står under tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg, i det följande förkortad IVO.⁵

Vid krig måste vårdpersonal inom Försvarsmakten bl.a. kunna utföra vissa vårdåtgärder omedelbart i stridsområdet. Vidare måste vissa avancerade stabiliserande vårdåtgärder kunna vidtas på skadade eller sjuka militärer för att de ska överleva till dess att civil hälso- och sjukvård kan ta över ansvaret för vården.

Med hälso- och sjukvårdspersonal avses i PSL bl.a. den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården, personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter samt den som i annat fall vid hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare.⁶

På samma sätt som inom den vård som kommuner och regioner ansvarar för att erbjuda, utförs vården inom Försvarsmakten av personal med olika kompetens. Det finns sjukvårdande personal som är legitimerade för ett vårdyrke och det finns personal som inte har sådan legitimation. Vissa soldater som utbildas får viss sjukvårdsutbildning och blir sjukvårdare eller stridssjukvårdare. Därutöver kan en stridsparskamrat utföra första hjälpen, s.k. kamrathjälp.

Längst fram på stridsfältet finns normalt inte tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Det omedelbara medicinska omhändertagandet efter kamrathjälpen genomförs därför av icke legitimerad personal såsom sjukvårdare eller stridssjukvårdare, se vidare avsnitt 12.1.1 nedan om deras respektive utbildningar. Vid omedelbart omhändertagande, i situationer där det kan ta lång tid innan den skadade kan komma under vård av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, kan det exempelvis finnas behov av att ge smärtstillande läkemedel eller syrgas till skadade. Nedan beskrivs de regler som finns kring vem som får ge läkemedel till en patient och varför de kan vara svåra att tillämpa för Försvarsmakten på stridsfältet.

⁴ 7 kap. 1 § andra stycket patientsäkerhetslagen (2010:659).

⁵ 7 kap. 1 § första stycket ovan nämnda författning.

⁶ 1 kap. 4 § 1–3 ovan nämnda författning.

12.1.1 Sjukvårdares möjligheter att utföra hälso- och sjukvård

Försvarsmakten bedriver hälso- och sjukvård och är vårdgivare enligt HSL.⁷ Det innebär bl.a. att kraven på god vård ska uppfyllas i verksamheten. Försvarsmakten är också vårdgivare i PSL:s mening och har därmed skyldighet att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i bl.a. HSL upprätthålls.⁸ Vårdgivaren ska också vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador.⁹ Även vid insats- och övningsområden utomlands ska Försvarsmakten, så långt det är möjligt och skäligt, planera och bedriva verksamheten så att hälso- och sjukvården för den egna personalen uppfyller kraven på en god vård.¹⁰

I hälso- och sjukvårdsregelverken är det ovanligt att det ställs uttryckliga krav på viss formell utbildning, såsom viss legitimation för ett vårdyrke, för att få utföra vårduppgifter. Patientsäkerheten vilar på ett personligt yrkesansvar som gäller all hälso- och sjukvårdspersonal.

Hälso- och sjukvårdspersonal i Försvarsmakten bär i likhet med annan hälso- och sjukvårdspersonal själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter. Sådan personal får delegera en arbetsuppgift till någon annan endast när det är förenligt med kravet på en god och säker vård. Den som delegerar en arbetsuppgift till någon annan, ansvarar för att denne har förutsättningar att fullgöra uppgiften.¹¹

På många områden är det vårdgivaren, verksamhetschefen och hälso- och sjukvårdspersonalen som ansvarar för att kraven på god och säker vård upprätthålls. Ett av de områden där det finns en detaljerad reglering av vem som får göra vad är hantering av läkemedel inom hälso- och sjukvården.

Är Försvarsmaktens sjukvårdare och annan icke legitimerad vårdpersonal att anse som hälso- och sjukvårdspersonal?

Försvarsmaktens sjukvårdare, som saknar legitimation för ett vårdyrke, är den hälso- och sjukvårdspersonal i Försvarsmakten som näst efter legitimerad personal har den högsta medicinska kompetensnivån. Sådana sjukvårdare ska agera tillsammans med legitimerad hälso-

⁷ 2 kap. 1 och 3 §§ hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

⁸ 1 kap. 2 och 3 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659).

⁹ 3 kap. 1 och 2 §§ ovan nämnda författning.

¹⁰ 5 d § första stycket 1 förordning (2007:1266) med instruktion för Försvarsmakten.

¹¹ 6 kap. 2 och 3 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659).

och sjukvårdspersonal men också själva kunna utföra vissa medicinska uppgifter.¹²

Försvarsmaktens *sjukvårdare* har som regel 14 veckors teoretisk och praktisk sjukvårdsutbildning.¹³ I de områden där Försvarsmakten verkar och där legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal finns närvarande kan gällande bestämmelser på hälso- och sjukvårdens område tillämpas utan större svårighet.

Stridssjukvårdare är enligt Försvarsmakten en soldat med i första hand stridande uppgifter och därtill sjukvårdande uppgifter. Stridssjukvårdaren är kombattant och en länk mellan soldatens första nivå och nästa medicinska nivå.¹⁴ En stridssjukvårdare genomgår en 5 veckor lång sjukvårdsutbildning. I lärandemålen anges bland annat att vederbörande ska kunna ”redogöra för aktuella läkemedel och dess användning i fält” samt ”vara sjukvårdare/sjuksköterska/läkare behjälplig vid omhändertagande och evakuering.”¹⁵

Bestämmelser i HSL och PSL är inte särskilt anpassade för sådana speciella situationer som uppkommer vid krig. I första hand är det naturligtvis legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som ska utföra hälso- och sjukvård även i Försvarsmakten. Men eftersom legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal normalt inte kan vara med längst fram på stridsfältet kan det ta en viss tid innan en skadad soldat kan föras bakåt till den legitimerade sjukvårdspersonalen. Beroende på omständigheterna kan det i vissa fall dröja relativt lång tid innan en skadad kommer under behandling av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Första hjälpen får alla människor utföra. Det som blir aktuellt i strid är att vissa särskilt utbildade personer inom Försvarsmakten får utföra vissa ytterligare livräddande och skademinimerande åtgärder utöver första hjälpen när legitimerad personal inte finns tillgänglig. Det är i dessa fall inte fråga om att välja mellan om åtgärden ska utföras av legitimerad personal eller icke legitimerad personal, utan om att en skadad person kan behöva omhändertas i väntan på att den kan komma under behandling av legitimerad personal. Om gällande rätt inte skulle anses medge att sjukvårdare och stridssjukvårdare

¹² Försvarsmakten (2014): *Försvarsmedicin Grunder 2014* (FMR Fömed G), s. 64.

¹³ Det kan sättas i relation till t.ex. civila ambulanssjukvårdare som ofta ska vara undersköterskor och därutöver ha gått en ettåring vidareutbildning i ambulanssjukvård. De arbetar sedan ofta tillsammans med en legitimerad sjuksköterska i ambulansen.

¹⁴ Försvarsmakten (2014): *Försvarsmedicin Grunder 2014* (FMR Fömed G), s. 63.

¹⁵ Försvarsmakten (2015): *Utbildningsanvisning Stridssjukvårdare* (FM2015-4767:26).

med personligt yrkesansvar kan utföra vissa vårduppgifter i stridsmiljö, kan Försvarsmakten få mycket svårt att fullgöra sina uppgifter utan att det för den skull gynnar de som är i behov av vård. Det behöver göras en kvalificerad avvägning mellan å ena sidan vilka åtgärder som behöver kunna utföras för att rädda liv, minska risken för bestående men och minska lidandet för skadade soldater, och å andra sidan patientsäkerhetsaspekter och eventuella negativa konsekvenser som kan uppstå till följd av vårdåtgärder som utförs.

Enligt utredningens bedömning talar mycket för att sjukvårdare, stridssjukvårdare och annan vårdutbildad personal kan anses utgöra hälso- och sjukvårdspersonal även då de utför vårdåtgärder utan att det sker på ett sjukhus eller annan vårdinrättning eller i närvaro av en legitimerad yrkesutövare.

Även om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inte finns på plats i ett stridsområde bedöms sjukvårdarna och stridssjukvårdarna kunna biträda de legitimerade yrkesutövare. De kan då följa rutiner och instruktioner som är anpassade för deras kompetens. Rutinerna och instruktionerna tas på förhand fram av legitimerade yrkesutövare. Delegation synes också möjlig. Därmed bör sjukvårdare kunna anses utgöra hälso- och sjukvårdspersonal också när de i en stridsmiljö utför hälso- och sjukvårdsåtgärder i enlighet med rutiner och instruktioner som är framtagna av legitimerade yrkesutövare.

Att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen själv bär ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter innebär ingen inskränkning i vårdgivarens ansvar enligt PSL eller annan författning¹⁶. Vårdgivaren ska bl.a. planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL (2017:30) upprätthålls och vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador.¹⁷ Vårdgivarens ansvar innebär bl.a. ansvar för att sjukvårdare och stridssjukvårdare har sådan kompetens som krävs för de vårduppgifter som de ska utföra.

¹⁶ 6 kap. 2 § andra stycket patientsäkerhetslagen (2010:659).

¹⁷ 3 kap. 1 och 2 § ovan nämnda författning.

12.1.2 Försvarsmaktens behov av att kunna ge läkemedel

För att Försvarsmakten ska kunna fullgöra sitt uppdrag måste sjukvårdare och andra med rätt kompetens kunna ge vissa läkemedel till skadade eller sjuka soldater vid omedelbara omhändertagande i en stridsmiljö. Det kan exempelvis gälla smärtstillande läkemedel, medel mot nervgasförgiftning, infusionsvätskor vid hypovolemisk chock eller syrgas för att öka syresättningen.

När det gäller möjligheten för sjukvårdare inom Försvarsmakten att ge läkemedel behöver man förhålla sig till det regelverk som gäller för ordination, iordningställande och administrering av läkemedel inom hälso- och sjukvården. Utöver tidigare bestämmelserna för hälso- och sjukvårdspersonalen i PSL finns inga särskilda bestämmelser i lag som anger vilken kompetens som krävs för att administrera ett läkemedel till en patient. Däremot finns sådana bestämmelser i myndighetsföreskrifter.

Föreskrifter om ordination och hantering av läkemedel

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården tillämpas i verksamhet som omfattas av HSL och de gäller således även för Försvarsmaktens hälso- och sjukvård. Föreskrifterna ska inte tillämpas på sådan hantering av läkemedel som omfattas av läkemedelslagen (2015:315) eller lagen (2009:366) om handel med läkemedel.¹⁸

I Socialstyrelsens ovan angivna föreskrifter skiljer man på vem som har rätt att ordinera läkemedel, och vem som efter ordination får iordningställa och överlämna eller administrera läkemedlet till patienten. I föreskrifterna anges att endast den hälso- och sjukvårdspersonal som är behörig att förordna eller förskriva ett läkemedel är behörig att ordinera läkemedlet. Bestämmelser om vem som är behörig att förordna läkemedel finns i Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2019:32) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit samt i ett antal andra författningar som anges i Socialstyrelsens föreskrifter.¹⁹

¹⁸ 2 kap. 1 och 2 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

¹⁹ 5 kap. 2–5 §§ i ovan nämnda föreskrift.

Generellt är det läkare som har rätt att förskriva och ordinera läkemedel, men även andra yrkeskategorier får inom vissa områden förskriva och därmed ordinera läkemedel, t.ex. barnmorskor, sjuksköterskor och tandläkare.

Det finns en möjlighet för läkare att utfärda generella direktiv om läkemedelsbehandling. Sådana ska dock utfärdas restriktivt och omprövas återkommande.²⁰ Innan ett läkemedel med stöd av ett generellt direktiv iordningställs och administreras eller överlämnas till en patient ska en *sjuksköterska* göra en bedömning av patientens behov av läkemedlet, dokumentera det i patientjournalen och kontrollera läkemedlets indikation och kontraindikationer.²¹

Av Socialstyrelsens föreskrifter framgår vidare att läkare, tandläkare och sjuksköterskor är behöriga att iordningställa, administrera och överlämna läkemedel.²² Därutöver finns särskilda behörigheter för vissa yrkesgrupper. I föreskrifterna finns också bestämmelser om bl.a. dokumentation, kontroll och signering i samband med att läkemedel överlämnas till patienten.

I Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2019:32) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit finns bestämmelser om att förskrivare endast får lämna ut jourdoser av sådana läkemedel som omfattas av rätten att förordna läkemedel. Sådant utlämnande får enbart ske i samband med behandling.²³ Det kan konstateras att tillämpningsområdet för nyss nämnda bestämmelse begränsas på så sätt att den inte är tillämplig vid förordnande eller utlämnande av läkemedel och teknisk sprit som ska användas på sjukhus. Försvarsmaktens ovan beskrivna behov handlar om möjligheter att använda läkemedel i en stridsmiljö och är inte främst knutna till vad som eventuellt skulle kunna utgöra vård på militärt sjukhus även om alla militära vårdinrättningar där en patient ”intas”, inte bara fältsjukhus, enligt HSL är att betrakta som sjukhus.²⁴

Vad som ovan anförts väcker frågor om hur de föreskrifter som Socialstyrelsen och Läkemedelsverket har beslutat förhåller sig till varandra.

²⁰ 6 kap. 6 § i ovan nämnda föreskrift.

²¹ 6 kap. 7 § i ovan nämnda föreskrift.

²² 7 kap. 1 § i ovan nämnda föreskrift.

²³ 3 kap. 1 § Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2019:32) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit.

²⁴ 7 kap 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Möjligheter till delegering inom vården

Av 6 kap. 3 § PSL följer att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen får delegera en arbetsuppgift till någon annan endast när det är förenligt med kravet på en god och säker vård. Den som delegerar en arbetsuppgift till någon annan, ansvarar för att denne har förutsättningar att fullgöra uppgiften.

I Socialstyrelsens föreskrifter om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården finns vissa möjligheter för läkare, tandläkare och sjuksköterskor att delegera iordningställande, administrering och överlämnande av läkemedel till någon annan. Där anges också ett antal förutsättningar för delegering. Bland annat krävs att den som genom delegering får i uppgift att iordningställa och administrera eller överlämna läkemedel ska ha dokumenterade kunskaper om hantering av läkemedel och de risker som är förenade med hanteringen.²⁵

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård framgår att ett beslut om delegering är personligt. Det ska alltid ske till en namngiven person och kan inte ske till en viss yrkeskategori på arbetsplatsen.

Försvarsmaktens sjukvårdare bör få administrera läkemedel till patienter med stöd av delegering

Det är möjligt även för Försvarsmaktens läkare att ge generella direktiv om läkemedelsbehandling. Innan läkemedel ges enligt generella direktiv krävs dock som redan nämnts att *en sjuksköterska* gör en bedömning av patientens behov av läkemedlet och kontrollerar läkemedlets indikation och kontraindikationer.²⁶ För Försvarsmaktens del går det inte i alla lägen att som i den civila vården ställa krav på att en sjuksköterska ska bedöma patientens behov av läkemedlet och utföra sådana kontroller.

Enligt utredningens bedömning bör det vara möjligt utifrån gällande lagstiftning att genom föreskrifter tillåta sjukvårdare och andra som efter tillräcklig utbildning har visat sig inneha nödvändiga kunska-

²⁵ 9 kap. 4 § Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2019:32) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit.

²⁶ 6 kap. 6 och 7 §§ i ovan nämnda föreskrift.

per, att administrera vissa receptbelagda läkemedel till skadade och sjuka i en stridsmiljö. Liknande behov finns i andra verksamheter där legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inte alltid kan finnas på plats. Nedan beskrivs de särskilda lösningar som har skapats för att möjliggöra omedelbart omhändertagande av skadade till dess att de kan komma under behandling av legitimerad personal.

Hur liknande behov har tillgodosetts inom polisen

Även inom polisen finns behov av att andra än legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal under vissa särskilda omständigheter får administrera läkemedel, exempelvis Polismyndighetens nationella insatsstyrka och de tre regionala förstärkta förmågorna. Poliser i dessa funktioner behöver, precis som Försvarsmaktens personal, kunna verka i situationer och miljöer där ordinarie hälso- och sjukvårdspersonal inte alltid kan arbeta. De behöver därför kunna utföra visst omedelbart omhändertagande på skadeplats fram till den punkt där hälso- och sjukvårdspersonal kan möta upp. Polisen har därför skapat en rutin för sådan verksamhet inom ramen för gällande regelverk.

Poliser i den nationella insatsstyrkan och de regionala förstärkta förmågorna har, utöver den utbildning i akutsjukvård som alla poliser får, viss kompletterande utbildning i akutsjukvård. I aktuella insatsstyrkor finns dessutom gruppsjukvårdare med ytterligare sjukvårdsutbildning. Syftet med gruppsjukvårdare är att stärka polisernas arbetsmiljö genom att möjliggöra ett akut omhändertagande i samtliga miljöer som poliser verkar inom. Utbildningen är en högskolekurs om 15 poäng med inriktning på akut prehospitalt omhändertagande med huvudinriktning trauma.

Gruppsjukvårdarna har också möjlighet att administrera läkemedel till kollegor. Det förutsätter att de har rätt utbildning, genomför delegationsprov samt fullföljer den fort- och vidareutbildning som regleras i verksamhetens krav. Vidare måste Socialstyrelsen bevilja undantag från delar ur sina föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens beslut gäller under en begränsad tid. Det förutsätts att vårdgivaren (Polismyndigheten) uppfyller övriga krav som gäller när hälso- och sjukvård ska bedrivas. Det ska finnas en verksamhetschef och om denne inte är läkare ska också medicinskt led-

ningsansvarig läkare finnas avseende vård, diagnostik och behandling. Verksamhetschefen är ansvarig för att verksamheten bedrivs enligt gällande lagar och regler. Verksamheten regleras och kvalitets-säkras i ett vårdgivardirektiv som bland annat innehåller krav, riktlinjer och rutiner som uppfyller det som anges i gällande regelverk (HSLF-FS och SOSFS). Det finns ett forum, ett medicinskt råd, som regelbundet går igenom och fastställer medicinska riktlinjer.

Gruppsjukvårdarna kan ges personliga delegationer av läkaren och får sedan administrera läkemedel enligt sina delegationer och medicinska riktlinjer.

Vissa undantag för ambulanssjukvård och räddningstjänst

Det finns i gällande rätt en särskild bestämmelse om att icke legitimerad personal i ambulanssjukvården och räddningstjänsten med stöd av ett generellt direktiv om läkemedelsbehandling får iordningställa och administrera medicinsk oxygen, och läkemedel som innehåller naloxon och som enligt sitt godkännande kan administreras av andra personer än hälso- och sjukvårdspersonal till en patient. Sådana läkemedel kan då ges utan att en sjuksköterska har gjort en bedömning av patientens behov av läkemedel, vilket som ovan nämnts annars är ett krav enligt föreskrifterna.²⁷

Utöver detta finns en generell möjlighet för Socialstyrelsen att medge undantag från bestämmelserna i föreskrifterna, om det finns särskilda skäl.²⁸

Egenvård

Det finns många olika skäl till att de krav som ställs för hantering av läkemedel i vården bör sättas högre än då enskilda eller anhöriga hanterar läkemedel i sina hem.

Det kan dock ändå konstateras att mycket potenta läkemedel används av enskilda utanför vården. Sådana läkemedel lämnas ut från apotek och farmaceuter ger då råd och instruktioner för läkemedlets användning. Vidare får den enskilde nödvändig information om läke-

²⁷ 7 kap. 8 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

²⁸ 13 kap. 1 § i ovan nämnda föreskrifter.

medlets användning genom skriftlig information, bl.a. sådan som finns i s.k. bipacksedlar. I många fall måste egenvård med potenta läkemedel dessutom skötas av anhöriga som bl.a. måste administrera läkemedlen även då det krävs injektioner.

Säkerställandet av Försvarsmaktens behov

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är en begränsad resurs redan i vardagen. Behoven av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan väntas bli än större under omständigheter med många skadade eller sjuka, t.ex. i krig. Det är därför inte realistiskt att tänka sig att stora mängder legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ska flyttas från den civila hälso- och sjukvården till Försvarsmakten för att stå längst fram i strid. Det behöver därför finnas en vårdkedja som även vid väpnad strid säkerställer att en person som blir allvarligt skadad kan få omedelbar kamrathjälp, för att därefter förflyttas bakåt till Försvarsmaktens sjukvårdare och sedan vidare till Försvarsmaktens legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal. Därifrån sker sedan normalt vidare transport till civil hälso- och sjukvård för fortsatt omhändertagande. Utredningen bedömer att det är möjligt utifrån gällande lagstiftning, och nödvändigt utifrån Försvarsmaktens behov, att skapa en ordning som möjliggör för sjukvårdare och andra som har fått tillräcklig utbildning och som visat sig besitta nödvändiga kunskapskrav, att administrera vissa receptbelagda läkemedel till skadade och sjuka i en stridsmiljö. Som beskrivits ovan har man hittat lösningar på liknande behov för räddningstjänst och polisen. I praktiken sker också delegering till anhöriga som får ge vissa receptbelagda läkemedel och utföra kvalificerade vårdåtgärder på sina egna barn.

Befintliga bestämmelser i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37) bedöms inte lämna utrymme för sådan hantering av läkemedel som Försvarsmakten har behov av. Socialstyrelsen kan visserligen enligt 13 kap. 1 § nämnda föreskrifter medge undantag från föreskrifternas bestämmelser om det finns särskilda skäl. I Socialstyrelsens föreskrifter finns också bestämmelser om kontroll och förvaring av läkemedel som behöver efterföljas.²⁹ Det finns dock också be-

²⁹ 12 kap. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

stämmelser i regleringen på läkemedelsområdet, bl.a. i de ovan nämnda föreskrifter från Läkemedelsverket om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit, som bör beaktas då en ordning som löser Försvarsmaktens behov ska inrättas.

Det framstår för utredningen som både möjligt och lämpligt att genom föreskrifter skapa en särskild ordning som säkerställer att Försvarsmakten även vid krig kan ge den vård som behövs. En möjlighet kan vara att skapa en ordning som innebär att läkare i Försvarsmakten kan utfärda generella direktiv om läkemedelsbehandling. Med stöd av sådana direktiv bör delegering kunna ske till namngivna personer som har de dokumenterade kunskaper som krävs för en ändamålsenlig och säker användning de aktuella läkemedlen. Direktiv ska givetvis endast omfatta läkemedel som är nödvändiga och lämpliga. Det måste också tydligt anges under vilka förutsättningar läkemedel ska få ges med stöd av sådan generell delegation. Det bör inte vara fråga om annat än ett mycket begränsat antal läkemedel som får användas på en skadeplats i situationer där inte Försvarsmaktens egen legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal kan verka. Det kan dock finnas andra lösningar som är lämpligare.

Det bör vara Försvarsmaktens ansvar att genomföra de utbildningar och kunskapskontroller som är nödvändiga för dessa ändamål. Kontroll av att nödvändiga kunskaper vidmakthålls måste också ske löpande. Inte minst måste personer som genomgår Försvarsmaktens repetitionsövningar få reaktiverande utbildning. Kontroller måste då också utföras så att nödvändiga kunskaper vidmakthålls. Försvarsmakten bör på ett relativt enkelt sätt, efter genomförd kunskapskontroll, kunna dokumentera vem som har nödvändiga kunskaper.

IVO (som ansvarar för tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen) och Försvarsinspektören för hälsa och miljö (som ansvarar för tillsynen över hälso- och sjukvården, tandvården och smittskyddet inom Försvarsmakten) kan utöva den tillsyn som krävs för att säkerställa att generella direktiv om läkemedelsbehandling används korrekt och att de kunskapskrav som gäller för den personal som har rätt att hantera och administrera läkemedel med stöd av direktiven upprätthålls.³⁰

³⁰ 7 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) samt 1 § andra stycket förordning (2017:799) om försvarsinspektören för hälsa och miljö:s tillsyn över hälso- och sjukvården, tandvården och smittskyddet.

Socialstyrelsen och Läkemedelsverket kan själva besluta om att ändra gällande föreskrifter

Enligt utredningens bedömning framstår det som både möjligt och lämpligt att genom föreskrifter på myndighetsnivå skapa en särskild ordning som säkerställer att Försvarsmakten även vid krig kan ge den vård som behövs. Försvarsmakten kan genom en skrivelse till Socialstyrelsen och till Läkemedelsverket eller på annat sätt påtala behovet av föreskrifter för hälso- och sjukvård i Försvarsmakten.

Försvarsmakten kan tillsammans med Socialstyrelsen och Läkemedelsverket reda ut bl.a. vilka läkemedel som är lämpliga och nödvändiga att administrera i en stridsmiljö, vilka kunskapskrav som bör gälla samt vilken utbildning och vilka kunskapskontroller som krävs. Förslag till föreskrifter som löser Försvarsmaktens behov av läkemedelsanvändning kan sedan tas fram. Om det mot förmodan skulle visa sig att det krävs föreskrifter på lagnivå, kan Försvarsmakten, Socialstyrelsen eller Läkemedelsverket hemställa om nödvändiga lagändringar hos regeringen.

12.2 Försvarsmaktens möjligheter att meddela vissa föreskrifter för egen hälso- och sjukvård m.m.

Bedömning: Utredningen föreslår i avsnitt 8.2.10 att det bör genomföras mer ingående analyser av de många olika frågor som rör hälso- och sjukvård vid Sveriges internationella samarbeten, inte minst försvarssamarbeten som innebär att utländska förband kan komma att verka i Sverige. I ett sådant uppdrag behöver även behoven av att föra journal på andra språk än svenska beaktas. Utredningen anser de olika frågorna om utländska sjukvårdsförmågor rätt att verka i Sverige behöver analyseras som en sammanhängande enhet, både för fredstida kriser och för krig.

Det finns inte skäl för denna utredning att lämna förslag till nya normgivningsbemyndiganden som ger Försvarsmakten ytterligare föreskriftsrätt avseende hälso- och sjukvård. Det mandat som Försvarsinspektören för hälsa och miljö har att föreskriva om hälso- och sjukvård, tandvård och smittskydd inom Försvarsmakten, i kombination med den möjlighet som Socialstyrelsen har att meddela föreskrifter och besluta om undantag från sina föreskrifter

när det finns särskilda skäl, bedöms skapa tillräckliga möjligheter för Försvarsmakten att utifrån gällande regelverk inom hälso- och sjukvårdsområdet utforma rutiner som så långt möjligt är förenliga med regelverken för civil hälso- och sjukvård. Det inte finns behov av att införa särskilda bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen och ytterligare undantag för Försvarsmakten i patient-säkerhetslagen.

För det fall Försvarsmakten i och med den återupptagna totalförsvarsplaneringen upplever att det finns behov av en förnyad översyn av mandat, föreskriftsrätter och tillsyn inom myndighetens hälso- och sjukvårdsverksamhet bör Försvarsmakten hemställa till regeringen om att det görs en sådan ny översyn. I en sådan översyn skulle även behovet av en särskild smittskyddsläkarfunktion inom Försvarsmakten kunna övervägas.

Försvarsmakten bedriver verksamhet över hela landet både i fredstid och vid höjd beredskap och krig. Försvarsmakten bedriver också verksamhet utomlands genom internationella insatser.

Försvarsmakten har påtalat behov av analyser och förslag som säkerställer genomförandet av internationella samarbeten där Försvarsmakten har en central roll. Det gäller frågor om värdlandsstöd vid samverkan med länder inom EU och länder utanför denna gemenskap. Även frågor om hälso- och sjukvårdslagstiftningens tillämpning vid övningar i Sverige med utländska militära enheter har uppkommit. Vissa problem och förslag som relaterar till sådana samarbeten har också redovisats, bl.a. frågor om journalföring på engelska. Vidare har Försvarsmakten framhållit problem kring spårning av skadade soldater som befinner sig inom den civila hälso- och sjukvården (sekretesshinder), problem kring smittskydd och behovet av särskild smittskyddsläkare i Försvarsmakten. Frågor som rör utländsk militär sjukvårdspersonals rätt att verka i Sverige hanteras tillsammans med liknande civila frågor i avsnitt 8.2.10.

12.2.1 Internationella samarbeten

I enlighet med vad som tidigare anförts bygger Sveriges säkerhetspolitiska och militära strategi på internationellt samarbete. Det finns många olika frågor om förutsättningarna för utländsk militär sjuk-

vårdspersonal att verka i Sverige vid fredstida kriser och krig. Enligt den bedömning som utredningen gör i avsnitt 8.2.10 finns starka skäl att genomföra mer ingående analyser av de många olika frågor som rör hälso- och sjukvård vid Sveriges internationella samarbeten. Komplexiteten och omfattningen av ett sådant arbete bedöms kräva en separat utredning. För att närmare belysa en av dessa frågor som Försvarsmakten väckt, frågan om journalföring på andra språk än det svenska, görs nedan en särskild utvikning i frågan (avsnitt 12.3).

12.2.2 Frågor om vissa normgivningsbemyndiganden

Ansvar för hälso- och sjukvården, tandvården och smittskyddet inom Försvarsmakten är uppdelat så tillvida att funktionsansvaret för verksamheten, och vårdgivaransvaret, ligger på produktionsledningen inom Försvarsmakten, medan tillsynen över hälso- och sjukvården, tandvården och smittskyddet inom myndigheten utövas av den fristående lagreglerade funktionen Försvarsinspektören för hälsa och miljö.

Det kan inledningsvis konstateras att de förhållanden under vilka Försvarsmakten behöver kunna bedriva sjukvård i vissa fall skiljer sig från den civila sjukvårdens ordinarie verksamhet, vilket också kan föranleda behov av vissa särskilda bestämmelser för Försvarsmaktens hälso- och sjukvård.

Försvarsmakten har till utredningen framfört att det med hänsyn till de särskilda förhållanden som finns i myndighetens verksamhet kan finnas skäl att skapa normgivningsbemyndiganden som ger Försvarsmakten rätt att meddela föreskrifter avseende hälso- och sjukvård för sin egen verksamhet. Ett antal förslag till sådana bemyndiganden har presenterats. Innan vi går närmare in på detta framhålls att frågor om smittskydd, även frågor om normgivningsbemyndiganden avseende smittskydd, avhandlas under nästa rubrik.

De skäl för normgivningsbemyndigande som Försvarsmakten lämnat såvitt avser läkemedelshantering bedöms ha att göra med att vissa myndighetsföreskrifter från Socialstyrelsen inte är tillräckligt anpassade för de behov som Försvarsmakten har. Utredningen delar Försvarsmaktens syn på behov och problem (se avsnitt 12.1) och har ovan presenterat en lösning för detta. I princip motsvarande skäl finns bakom förslag till normgivningsbemyndiganden som avser föreskrifter om journalföring på engelska.

Försvarsmaktens skäl för sina förslag är övergripande att myndigheten själv, med nya normgivningsbemyndiganden, skulle kunna meddela föreskrifter som löser deras problem. Så är säkert fallet. Det finns dock enligt utredningens mening inte nu skäl för förslag om normgivningsbemyndigande till Försvarsmakten för särskilda föreskrifter om hantering av läkemedel inom försvarets hälso- och sjukvård eller om journalföring på engelska. Frågorna bör lämpligen lösas ut genom ändringar av Socialstyrelsens föreskrifter.

Vidare kan konstateras att bestämmelser som finns i t.ex. HSL och PSL som regel är allmänt hållna och enligt utredningens bedömning torde det inte i någon avgörande omfattning finnas problem för Försvarsmakten att leva upp till lagbestämmelserna även under höjd beredskap och krig. Vad nu sagts gäller dock inte i lika hög grad internationella samarbeten som rör Försvarsmakten men också den ”civila” hälso- och sjukvården. Dessa frågor kräver en ordentlig genomlysning och flera av de problem, frågor eller behov som Försvarsmakten påtalat bör lämpligen omhändertas vid ett sådant arbete.

Som regeringen har konstaterat i totalförsvarspropositionen 2021–2025 är Försvarsmaktens sjukvårdsresurser begränsade och hälso- och sjukvården i krig behöver ske i nära samverkan mellan militär och civil sjukvård.³¹ Enligt utredningens bedömning är det därmed att föredra om reglerna för hälso- och sjukvårdspersonalen är så lika som möjligt oavsett vem personalen arbetar för.

Vissa förslag till normgivningsbemyndiganden som Försvarsmakten tagit fram är mycket långtgående, exempelvis förslag som ger rätt att meddela ”ytterligare föreskrifter om skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonalen som behövs till skydd för människors liv, personliga säkerhet eller hälsa” eller rätt att meddela ”föreskrifter för den hälso- och sjukvård som Försvarsmakten bedriver”. Det bedöms inte finnas skäl för sådana normgivningsbemyndiganden, som under alla förhållanden bedöms allt för långtgående och påtagligt skulle kunna påverka det hälso- och sjukvårdssystem som nu finns.

Utredningen lämnar mot ovanstående bakgrund inte förslag till nya normgivningsbemyndiganden för Försvarsmakten.

³¹ Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30), s. 108.

12.2.3 Frågor om smittskydd

Alla regioner har sina egna smittskyddsläkare med mandat att besluta riktlinjer som gäller inom den egna regionen. Försvarsmakten har till utredningen framfört att de har samverkan med regionernas smittskyddsläkare, men att det är en utmaning när regionala förhållningsregler skiljer sig över landet och också kan omfatta personal vid internationella militära insatser och personal vid enheter som har insatsberedskap dygnet runt året om.

Smittskyddsläkarnas riktlinjer kan i praktiken medföra t.ex. förbud att genomföra en övning eller förhindra inryckning av värnpliktiga. Försvarsmakten har framfört att myndigheten därför har behov av att ha en egen smittskyddsläkare inom myndigheten som bör ha motsvarande befogenheter som civila smittskyddsläkare. En sådan funktion skulle enligt Försvarsmakten också kunna åläggas att samverka med civila smittskyddsläkare. Sådan samverkan skulle enligt Försvarsmakten också kunna gynnas av att det från Försvarsmaktens sida är en och samma person som samverkar med de regionala smittskyddsläkarna och som kan ha en samlad lägesbild över situationen och behoven i Försvarsmaktens verksamhet.

Enligt smittskyddslagen (2004:168) är det Folkhälsomyndigheten som ansvarar för samordning av smittskyddet på nationell nivå och ska ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd. Folkhälsomyndigheten ska följa och vidareutveckla smittskyddet samt följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt.³² Varje region ansvarar för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom regionens område och i varje region ska det finnas en smittskyddsläkare.³³ Det finns också i smittskyddslagen en skyldighet för myndigheter inom smittskyddet, andra berörda myndigheter, läkare samt annan hälso- och sjukvårdspersonal att samverka för att förebygga och begränsa utbrott eller spridning av smittsamma sjukdomar.³⁴

Bestämmelser om smittskyddsläkarens ansvar finns i 6 kap. smittskyddslagen. Smittskyddsläkaren har bl.a. ett samlat ansvar för smittskyddsarbetet inom det område där han eller hon verkar. Smittskyddsläkaren ska planera, organisera och leda smittskyddet och verka för effektivitet, samordning och likformighet. I smittskyddsläkarens upp-

³² 1 kap. 7 § smittskyddslagen (2004:168).

³³ 1 kap. 8 och 9 §§ ovan nämnda författning.

³⁴ 1 kap. 10 § ovan nämnda författning.

gifter ingår bl.a. att se till att allmänheten har tillgång till den information som behövs för att var och en ska kunna skydda sig mot smittsamma sjukdomar, ge råd och anvisningar om smittskyddsåtgärder för grupper som är särskilt utsatta för smittrisk, ansvara för smittspårning, se till att förebyggande åtgärder vidtas och följa att vårdgivare vidtar de åtgärder som krävs för att förebygga smittspridning.

Försvarsinspektören för hälsa och miljö har möjlighet att meddela vissa föreskrifter, bl.a. om undantag från smittskyddslagens tillämpning på Försvarsmakten och Försvarets materielverk, i den utsträckning föreskrifterna inte gäller en tvångsåtgärd mot en enskild.³⁵ Det framstår som ett mycket långtgående bemyndigande. Såvitt utredningen kunnat finna har dock inte några sådana föreskrifter om undantag från smittskyddslagen beslutats ännu.

Försvarsmakten måste kunna agera på det sätt som krävs för att lösa sina uppgifter, inte minst vid väpnat angrepp mot Sverige, och detta väcker en del speciella frågor om smittskydd. Frågorna har säkert många likheter med frågor som uppkommer då människor som verkar i civila samhällsviktiga verksamheter måste resa mellan olika delar i Sverige.

Försvarsmakten har också framfört till utredningen att det kan ifrågasättas om det är ändamålsenligt att föreskrifträtten avseende undantag från smittskyddslagens bestämmelser ligger på tillsynsfunktionen, eller om sådan föreskrifträtt i stället bör ligga på den funktion som ansvarar för Försvarsmaktens hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Utredningen konstaterar att det för några år sedan gjordes en översyn av tillsynsfunktionen och dess föreskrifträtt inom Försvarsmakten. Regeringen tillsatte 2014 en utredning för att se över detta, vilken lämnade betänkandet *Tillsyn och kontroll på hälso- och miljöområdet inom försvaret* (SOU 2015:79). Den utredningen tittade bl.a. på om det fanns skäl att skilja tillsynen från normering inom Försvarsmakten men gjorde bedömningen att det var mest ändamålsenligt att tillsynsfunktionen hade kvar föreskrifträtten.³⁶ Regeringen genomförde en rad författningsändringar till följd av förslagen och inrättade funktionen Försvarsinspektören för hälsa och miljö genom propositionen *Tillsyn och kontroll på hälso- och miljöområdet* (prop. 2016/17:144).

³⁵ 26 § första stycket 3 förordningen (2017:799) om försvarsinspektören för hälsa och miljös tillsyn över hälso- och sjukvården, tandvården och smittskyddet.

³⁶ *Tillsyn och kontroll på hälso- och miljöområdet inom försvaret* (SOU 2015:79), s. 235–239.

Utredningen bedömer att eventuella förändringar i ansvarsfördelningen mellan Försvarsmaktens produktionsenheter och tillsynsfunktionen kräver en djupare analys än vad som är möjligt inom ramen för vårt uppdrag. För det fall Försvarsmakten i och med den återupptagna totalförsvarsplaneringen upplever att det finns behov av en förnyad översyn av mandat, föreskriftsrätter och tillsyn inom myndighetens hälso- och sjukvårdsverksamhet bör Försvarsmakten hemställa till regeringen om att det görs en sådan ny översyn. I en sådan översyn skulle även behovet av en särskild smittskyddsläkarfunktion inom Försvarsmakten kunna övervägas.

Utredningen kan vidare konstatera att utöver de funktioner inom Försvarsmakten som är reglerade i lag eller förordning står det myndigheten fritt att organisera sin hälso- och sjukvård på det sätt som den finner effektivast. Det finns såvitt utredningen kan bedöma inget som t.ex. hindrar att myndigheten utser en person med ansvar för att samordna smittskyddsfrågorna inom myndigheten för att underlätta samordning gentemot regionernas smittskyddsläkare.

Det mandat som Försvarsinspektören för hälsa och miljö har att meddela föreskrifter som rör smittskydd bedöms ge stort utrymme för nödvändiga föreskrifter inom Försvarsmakten. Frågan är vilket mervärde det skulle tillföra att skapa ytterligare mandat och om mandaten bör ligga på den del av Försvarsmakten som har funktionsansvar eller för Försvarsinspektören för hälsa och miljö.

Utredningen bedömer att det mandat som Försvarsinspektören för hälsa och miljö har i dag att föreskriva om hälso- och sjukvård, tandvård och smittskydd inom Försvarsmakten i kombination med den möjlighet som Socialstyrelsen har att meddela undantag från sina föreskrifter eller ändra dessa när det finns särskilda skäl, bör vara tillräckliga för att Försvarsmakten inom hälso- och sjukvårdsområdet ska kunna utforma rutiner som så långt möjligt är förenliga med regelverken för civil hälso- och sjukvård.

12.3 Möjlighet att föra patientjournal på andra språk än svenska

Inom ramen för Försvarsmaktens internationella insatser och i samband med övningar med andra länder, i och utanför Sverige, uppkommer emellanåt behov av att kunna föra patientjournal på engelska språket. Sådana behov kan också uppkomma i krig.

Journalföring inom hälso- och sjukvården

Bestämmelser om journalföring inom hälso- och sjukvården finns i patientdatalagen (2008:355). Där anges att vid vård av patienter ska det föras patientjournal. En patientjournal ska föras för varje patient och får inte vara gemensam för flera patienter.³⁷ Syftet med att föra en patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten. En patientjournal är även en informationskälla för patienten själv, uppföljning och utveckling av verksamheten, tillsyn och rättsliga krav, uppgiftsskyldighet enligt lag, samt för forskning.³⁸

En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. I 3 kap. 6 § patientdatalagen anges vilka uppgifter som alltid ska finnas i en patientjournal om de finns tillgängliga. Det är bl.a. uppgift om patientens identitet, väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården, ställd diagnos, väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder, information som lämnats till patienten och närstående, ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ m.m. All legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt vissa andra särskilt angivna kategorier av personer är skyldiga att föra patientjournal.³⁹

I patientdatalagen anges också att de journalhandlingar som upprättas inom hälso- och sjukvården ska vara skrivna på svenska språket, vara tydligt utformade och så lätta som möjligt att förstå för patienten. Det finns också ett bemyndigande för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om att en sådan journalhandling får vara skriven på ett annat språk än svenska.⁴⁰ Det finns därutöver ett särskilt bemyndigande för reger-

³⁷ 3 kap. 1 § patientdatalagen (2008:355).

³⁸ 3 kap. 2 § ovan nämnda författning.

³⁹ 3 kap. 3 § ovan nämnda författning.

⁴⁰ 3 kap. 13 § ovan nämnda författning.

ingen att meddela särskilda föreskrifter om patientjournaler i krig, vid krigsfara eller under sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av att det är krig utanför Sveriges gränser eller av att Sverige har varit i krig eller krigsfara.⁴¹

Regeringen har bemyndigat Socialstyrelsen att meddela föreskrifter om undantag från bestämmelsen i patientdatalagen att en journalhandling som upprättas inom hälso- och sjukvården ska vara skriven på svenska språket.⁴²

Socialstyrelsen har beslutat föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. I dessa föreskrifter finns två bestämmelser om journalföring på andra språk än svenska i 6 kap. 8 och 9 §§. Det ena undantaget anger att yrkesutövare som har fått ett behörighetsbevis för ett yrke i hälso- och sjukvården, tandvården eller i detaljhandel med läkemedel enligt bestämmelserna om erkännande av utländsk utbildning i 6 kap. 1 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) får föra patientjournal på danska eller norska. Det andra undantaget anger att yrkesutövare som i kraft av utomordisk utbildning har fått ett förordnande av Socialstyrelsen att utöva yrke i hälso- och sjukvården får föra patientjournal på engelska, om det anges i förordnandet. Det framgår också av Socialstyrelsens föreskrifter att den vårdgivare som anlitar hälso- och sjukvårdspersonal som får föra patientjournal på något annat språk än svenska, ska säkerställa att kravet på noggrannhet i dokumentationen upprätthålls, och att väsentliga ställningstaganden som gäller vård och behandling, förhållningsregler enligt smittskyddslagen (2004:168) samt slutanteckningar eller andra sammanfattningar av genomförd vård finns upprättade på svenska.

Utredningens bedömning

I gällande bestämmelser finns det inte någon möjlighet för svensk hälso- och sjukvårdspersonal att föra journal på engelska. För utländsk hälso- och sjukvårdspersonal krävs att de har fått ett förordnande av Socialstyrelsen att utöva yrke i hälso- och sjukvården och att det särskilt anges i förordnandet att de ska få föra patientjournal på engelska. Det finns möjlighet för Socialstyrelsen att med stöd av

⁴¹ 3 kap. 19 § ovan nämnda författning.

⁴² 3 § 1 förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m.

ovan nämnda bemyndigande besluta om fler undantag från kravet på att patientjournalen ska vara skriven på svenska.

Utifrån gällande rätt kan utredningen konstatera att Försvarsmakten är vårdgivare för sådan hälso- och sjukvård som myndigheten bedriver. I huvudsak bedriver Försvarsmakten hälso- och sjukvård för sin egen personal. Vid internationella insatser, i samband med internationella övningar i Sverige eller i andra länder samt i händelse av krig i Sverige kan det förekomma att Försvarsmakten även utför hälso- och sjukvårdsåtgärder på utländsk militär personal och på civila. Det kan också uppstå situationer när utländsk militär hälso- och sjukvårdspersonal bistår Försvarsmaktens egen personal vid utförandet av hälso- och sjukvård. I dessa verksamheter kan det finnas behov av att Försvarsmakten får möjlighet att föra patientjournal på engelska språket. Utredningen konstaterar att utgångspunkten i 3 kap. 13 § patientdatalagen är att de journalhandlingar som upprättas inom hälso- och sjukvården ska vara skrivna på svenska språket, vara tydligt utformade och så lätta som möjligt att förstå för patienten.

Lagstiftaren har dock förutsett att det kan behöva finnas undantag från denna bestämmelse och det finns därför i samma lagrum ett bemyndigande för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om att en sådan journalhandling får vara skriven på ett annat språk än svenska. Regeringen har bemyndigat Socialstyrelsen att föreskriva om sådana undantag. Med tanke på de särskilda förhållanden som gäller för Försvarsmaktens verksamhet och de internationella samarbeten som Sveriges säkerhetspolitiska strategi bygger på bedömer utredningen att det bör kunna finnas skäl för Socialstyrelsen att överväga om det finns anledning att besluta ytterligare undantag i myndighetens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. Det bör därvid övervägas vilka möjligheter det finns att hantera frågan inom ramen för gällande bestämmelser. Analysen bör enligt utredningen utgå ifrån den viljeyttring som både riksdag och regering gjort att svensk säkerhet byggs tillsammans med andra och att utgångspunkten därmed är att andra nationers militära personal kommer arbeta sida vid sida med Försvarsmakten. Vid en sådan översyn bör det också särskilt beaktas vilka risker det kan innebära för liv och hälsa om Försvarsmakten *inte* får föra journal på engelska. En sådan översyn av föreskrifterna bör ske i nära samverkan med Försvarsmakten.

Utredningen föreslår i avsnitt 8.2.10 att det bör genomföras mer ingående analyser av de många olika frågor som rör hälso- och sjukvård vid Sveriges internationella samarbeten, inte minst försvarssamarbeten som innebär att utländska förband kan komma att verka i Sverige. I ett sådant uppdrag behöver även behoven av att föra journal på andra språk än svenska beaktas. Utredningen kan konstatera att det är svårt och mindre lämpligt att dela upp och utreda de olika frågorna om utländska sjukvårdsförmågors rätt att verka i Sverige i mindre delar. Det handlar både om att säkerställa rätten att använda fordon, importera och använda läkemedel samt medicintekniska produkter och att personalen får verka. Hela sjukvårdssystemet behöver analyseras som en sammanhängande enhet. Dessutom måste hela hotskalan från normalläge, kris och in i höjd beredskap och krig tas i beaktande. Frågan om Försvarsmaktens möjligheter att journalföra på engelska bör enligt utredningen hanteras i en sådan särskild utredning där även utländska vårdgivares möjligheter att föra journal på andra språk hanteras.

12.4 Försvarsmakten behöver kunna få uppgift om var skadad eller avliden personal finns

Förslag: Det införs en skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonal att under höjd beredskap lämna uppgift till Försvarsmakten om huruvida någon vistas på en sjukvårdsinrättning. Det görs genom en ändring av 6 kap. 15 § 1 patientsäkerhetslagen (2010:659).

Försvarsmaktens hälso- och sjukvårdsresurser är begränsade och vården i krig bygger på att soldater med svårare skador och sjukdomar förs vidare till civil hälso- och sjukvård. Detta framgår också av totalförsvarspropositionen där det tydligt framgår att Försvarsmakten har ett behov av stöd från den civila sjukvården och att sjukvården i totalförsvaret behöver ses i ett sammanhang.⁴³

Det faktum att en skadad eller sjuk soldat rör sig mellan den militära och den civila sjukvården medför att Försvarsmakten, både i egenskap av arbetsgivare och i egenskap av remitterande vårdgivare, har behov av att få information om på vilket sjukhus eller vilken vård-

⁴³ Totalförsvarspropositionen 2021–2025 (prop. 2020/21:30), s. 108 och 125.

inrättning som patienten/soldaten befinner sig. Försvarsmakten behöver också kunna få information om ifall en soldat har avlidit på sjukhus eller annan vårdinrättning.

12.4.1 Gällande bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt

Enligt gällande bestämmelser omfattas den omständigheten att en person vårdas på sjukhus av sekretess. I offentlig hälso- och sjukvård finns bestämmelser om sekretess i 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), i det följande förkortad OSL. Där anges bl.a. att sekretess gäller inom hälso- och sjukvården för uppgift om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men. Uppgifter får alltid lämnas ut om patienten samtycker till det.⁴⁴ Därutöver får uppgifter bara lämnas ut om det finns en sekretessbrytande bestämmelse eller uppgiftsskyldighet i lag. Sekretess hindrar däremot inte att en uppgift lämnas till en enskild eller till en annan myndighet, om det är nödvändigt för att den utlämnande myndigheten ska kunna fullgöra sin verksamhet.⁴⁵

För hälso- och sjukvårdspersonal i privata verksamheter finns motsvarande bestämmelser om tystnadsplikt i 6 kap. 12 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

I 6 kap. 15 § patientsäkerhetslagen finns bestämmelser om vissa uppgiftsskyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal. Där framgår bl.a. enligt första punkten att hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att lämna ut sådana uppgifter som gäller huruvida någon vistas på en sjukvårdsinrättning om uppgifterna i ett särskilt fall begärs av en domstol, en åklagarmyndighet, Polismyndigheten, Säkerhetspolisen, Kronofogdemyndigheten eller Skatteverket. Frågan är om det är motiverat att utöka denna uppgiftsskyldighet till att även omfatta utlämnande av uppgifter till Försvarsmakten.

⁴⁴ 10 kap. 1 § och 12 kap. 2 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

⁴⁵ 10 kap. 2 § ovan nämnda författning.

12.4.2 Försvarsmaktens behov av uppgifter

Enligt Försvarsmakten behöver myndigheten för att kunna ta sitt arbetsgivaransvar få information från civila vårdgivare om var deras anställda personal vårdas. Gällande sekretessbestämmelser och bestämmelser om tystnadsplikt förhindrar i nuläget hälso- och sjukvården att lämna ut sådana uppgifter till Försvarsmakten, om inte den skadade eller sjuke patienten själv kan samtycka till ett sådant utlämnande. Nuvarande regelverk försvårar Försvarsmaktens möjligheter att följa upp patienten, kontakta anhöriga och få tillbaka personen till enheten när hen är färdigbehandlad. Försvarsmakten har också behov av att veta om personal kommer tillbaka eller har avlidit för att kunna planera för ersättningspersonal. Därutöver har Försvarsmakten i rollen som vårdgivare, som har remitterat skadade eller sjuka personer vidare till civil hälso- och sjukvård, behov av att få medicinsk information om patienten. Inom Försvarsmaktens hälso- och sjukvårdsverksamhet gäller samma sekretessbestämmelser till skydd för den enskilde som i kommunernas och regionernas hälso- och sjukvård. Utbyte av uppgifter om en patient mellan Försvarsmakten i egenskap av vårdgivare och civil hälso- och sjukvård kan i avsaknad av samtycke från den enskilde i vissa fall ske om uppgiften behövs för att hen ska få nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd.⁴⁶

I rollen som arbetsgivare är Försvarsmakten skyldig enligt arbetsmiljölagen (1977:1160) att utan dröjsmål underrätta Arbetsmiljöverket om dödsfall eller svårare personskada som har inträffat i samband med arbetets utförande. En arbetsgivare ska också utan dröjsmål underrätta Arbetsmiljöverket om skador i samband med arbetet som drabbat flera arbetstagare samtidigt och om tillbud som inneburit allvarlig fara för liv och hälsa.⁴⁷

Försvarsmaktens behov av att veta var skadad och sjuk personal vårdas måste ställas mot skyddet för den enskildes integritet och rätt till privatliv. Det är tänkbart att det kan förekomma fall där den enskilde eller en närstående skulle kunna anses lida men om uppgiften om var patienten vårdas lämnas ut till arbetsgivaren. Det skulle exempelvis kunna förekomma när patienten inte vill tillbaka i tjänst och därmed inte vill att Försvarsmakten ska veta var denne befinner sig.

⁴⁶ 25 kap. 13 § offentlighets- och sekretesslagen.

⁴⁷ 3 kap. 3 a § arbetsmiljölagen (1977:1160) samt 2 § arbetsmiljöförordningen (1977:1166).

Bestämmelserna om sekretess och tystnadsplikt inom hälso- och sjukvården är relativt starka till skydd för den enskilde. Det behöver därmed noggrant övervägas om ett sådant ingrepp i den personliga integriteten som det skulle kunna medföra om hälso- och sjukvårdspersonal skulle få en skyldighet att lämna uppgift till Försvarsmakten om att en person vårdas på sjukhuset eller vårdinrättningen, är proportionerligt och berättigat.

12.4.3 Under höjd beredskap gäller krigstjänstgöring

Enligt lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt gäller totalförsvarsplikt för varje svensk medborgare från början av det kalenderår när han eller hon fyller sexton år till slutet av det kalenderår när han eller hon fyller sjuttio år. Enligt 4 kap. 7 § samma lag är totalförsvarspliktiga som har krigsplacerats enligt denna lag skyldiga att fullgöra krigstjänstgöring under höjd beredskap. Den som fullgör värnplikt eller civilplikt är skyldig att i den mån verksamheten kräver det tåla inskränkningar såväl i sin frihet att förflytta sig inom landet och att lämna detta som i sin personliga frihet i övrigt.⁴⁸ Med värnplikt avses enligt lagen grundutbildning, repetitionsutbildning, beredskapstjänstgöring och krigstjänstgöring.⁴⁹

Av detta framgår enligt utredningens bedömning att under höjd beredskap, när de som krigsplacerats i Försvarsmakten är skyldiga att fullgöra krigstjänstgöring, har Försvarsmakten ett berättigat intresse av att kunna veta var skadade och sjuka soldater vårdas för att veta var de finns, om de har avlidit, eller om, och i så fall när, de kan väntas återinträda i tjänst. Det framgår uttryckligen av lagen om totalförsvarsplikt att den som fullgör bl.a. värnplikt, i vilket även krigstjänstgöring inkluderas, är skyldig att tåla inskränkningar i sin personliga frihet. Att hälso- och sjukvårdspersonal på fråga från en statlig myndighet ska kunna tala om ifall en person vistas på en vårdinrättning har i tidigare förarbeten bedömts normalt inte utgöra något större men för den enskilde. Däremot har det bedömts medföra större problem för den enskilde om utomstående kan dra slutsatser om orsaken till besöket.⁵⁰ Under höjd beredskap bedömer utredningen att det all-

⁴⁸ 5 kap. 1 § första stycket lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt.

⁴⁹ 1 kap. 4 § ovan nämnda författning.

⁵⁰ Regeringens proposition om ändring i sekretesslagen (1980:100) m.m. (prop. 1981/82:186), s. 13–29.

männas intresse av att kunna följa upp om de som omfattas av värnplikt med krigstjänstgöring har avlidit eller kan inställa sig till fortsatt tjänstgöring efter sjukdom eller skada väger tyngre än skyddet för den enskildes integritet.

Det kan också noteras att avvika eller utebli från tjänstgöring enligt totalförsvarsplikt är straffsanktionerat.⁵¹ Om avvikandet sker i höjd beredskap är straffet större.

12.4.4 I fredstid har Försvarsmakten både anställd personal och värnpliktiga

När det gäller Försvarsmaktens roll som arbetsgivare i förhållande till den ordinarie anställda personalen i fredstid kan den jämföras med andra arbetsgivares roll. Många arbetsgivare kan ha ett intresse av att veta var en anställd som har skadats svårt i tjänsten eller på annat sätt har blivit sjuk eller skadad befinner sig. Det kan vara för att kunna ta sitt ansvar som arbetsgivare och informera den anställdes anhöriga, få information om hur allvarligt tillståndet är för den anställda, få hjälp att etablera kontakt med denne och få veta om och i så fall när den anställda kan beräknas vara tillbaka i tjänst. Det kan också vara för att bättre kunna hantera frågor från media. I det avseendet skiljer sig inte Försvarsmaktens intresse från andra arbetsgivares.

Utredningen kan konstatera att när det gäller att informera en sjuk eller skadads anhöriga är det något som hälso- och sjukvården regelmässigt säkerställer. Det är därmed inte nödvändigt att göra avsteg från hälso- och sjukvårdssekretessen för att säkerställa information till närmast anhöriga. Det är alltid möjligt att lämna ut uppgift om att en person finns på en vårdinrättning om denne samtycker till det. I många fall uppstår därför inga problem kring detta. Utredningen bedömer inte att det i fredstid finns skäl att behandla Försvarsmakten på annat sätt än andra arbetsgivare i detta avseende.

Däremot har Försvarsmakten även i fredstid värnpliktig personal som omfattas av lagen om totalförsvarsplikt. En person som fullgör värnplikt är enligt 5 kap. 1 § lagen om totalförsvarsplikt skyldig att i den mån verksamheten kräver det tåla inskränkningar såväl i sin frihet att förflytta sig inom landet och att lämna detta som i sin per-

⁵¹ 10 kap. 2 och 3 §§ lagen om totalförsvarsplikt.

sonliga frihet i övrigt. Det skulle därför även i fredstid kunna finnas skäl att låta Försvarsmakten få uppgift från hälso- och sjukvårdspersonal om huruvida personal som fullgör värnplikt vårdas på vårdinrättning. Utredningen bedömer dock att det skulle ställa stora krav på hälso- och sjukvårdspersonalen att utreda vilka anställningsförhållanden patienten har inom Försvarsmakten om olika sekretessregler ska gälla för olika former av anställda inom Försvarsmakten. En sådan ordning kan därför inte anses lämplig. Under fredstida förhållanden när någon värnpliktig blir så skadad eller sjuk att denne behöver vårdas på vårdinrättning bör det normalt gå att hantera genom att den värnpliktige samtycker till att information om var denne befinner sig kan lämnas ut eller sökas via anhöriga.

12.4.5 Förslag till utökad uppgiftsskyldighet

Utredningen anser att det finns skäl att införa en skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonalens att på begäran av Försvarsmakten vid höjd beredskap lämna uppgift om att den som enligt lag är skyldig att tjänstgöra hos Försvarsmakten vistas på sjukvårdsinrättningen. Skyldigheten införs genom ett tillägg till bestämmelsen i 6 kap. 15 § första stycket 1 patientsäkerhetslagen.

Av tidigare förarbeten till denna bestämmelse framgår att uppgiftsskyldigheten gäller när en viss person efterfrågas, även om denne inte är känd med namn. Det är därmed inte fråga om att Försvarsmakten ska få tillgång till sjukvårdens patientregister. Även personer som söker sig till öppenvården vistas där så länge de finns kvar på vårdinrättningen. Uppgiftsskyldigheten gäller därmed även sådana personer.⁵² Skyldigheten gäller bara under höjd beredskap och avser endast personer som är skyldiga enligt lag att tjänstgöra hos Försvarsmakten.

⁵² Regeringens proposition om ändring i sekretesslagen (1980:100) m.m. (prop. 1981/82:186), s. 65.

13 Författningsberedskap

En god författningsberedskap innebär att de svenska författningarna innehåller de bestämmelser som är nödvändiga för att totalförsvaret ska kunna lösa sina uppgifter och för att det svenska samhället ska fungera i laga former även under kriser och i krig.¹

I Sverige finns rättslig reglering för hur det svenska samhället ska fungera under höjd beredskap och i krig samt hur samhället ska planera och förbereda sig för sådana situationer. Utgångspunkten för regelverket är att Sverige ska utgöra en rättsstat även i krig. Sverige tillämpar inte s.k. undantagstillstånd, vilket ger staten möjlighet att åsidosätta grundlagen om samhället är hotat. I stället har svenska lagstiftares strävan varit att i fred utforma en rättslig reglering för kris- och krigssituationer i syfte att uppnå en så god författningsberedskap som möjligt.

Kunskap kring vilka regler som gäller under höjd beredskap och i krig samt förutsägbarhet om tillämpningen ger även berörda aktörer förutsättningar att planera och förbereda sig för dessa typer av tillstånd. Regelverket ger rättsliga förutsättningar för samhället att verka enligt förenklade konstitutionella och förvaltningsrättsliga principer för att bl.a. underlätta beslutsfattande. Det ger också förutsättningar för staten att kunna ingripa i enskilda individers fri- och rättigheter samt förfoga över resurser som finns i näringslivet för att på så sätt få tillgång till personella och materiella resurser som kan gynna de samlade försvarsansträngningarna.

Sammantaget syftar författningsberedskapen till att ge legala möjligheter till en betydande nationell kraftsamling för att försvara landet samt för att få samhället att fungera i laga former även under krigsförhållanden. Samhällets omställning från fred till krig måste kunna ske skyndsamt för att få avsedd verkan. Beslut inom den offentliga verk-

¹ Motståndskraft – Inriktningen av totalförsvaret och utformningen av det civila försvaret 2021–2025 (Ds 2017:66) s. 39.

samheten måste många gånger kunna fattas och verkställas snabbare under krigsförhållanden än vad som normalt är fallet. I 15 kap. regeringsformen finns bestämmelser om krig och krigsfara som ger grundläggande förutsättningar för det.²

Utredningen har tidigare i detta betänkande och i tidigare betänkanden lämnat förslag som ska säkerställa nödvändiga resurser för att så långt möjligt undvika en katastrof. Utredningen har också lämnat förslag som ska bidra till att säkerställa planering och planeringsunderlag som bedömts nödvändiga för hälso- och sjukvården i ett normalläge men också är av betydelse för totalförsvarets hälso- och sjukvård. I detta kapitel finns ytterligare förslag för att hälso- och sjukvården ska fungera i laga former även under kriser och i krig.

13.1 Bestämmelser i gällande rätt kan vara olämpliga eller svåra att följa

Bestämmelser i mer än 250 författningar reglerar olika förhållanden inom hälso- och sjukvården. Bestämmelserna syftar ytterst till att säkerställa en behandlingseffektiv och patientsäker vård dvs. bestämmelser av stor betydelse för att skydda enskildas liv och hälsa. Det finns ett antal författningar som är centrala för hälso- och sjukvårdens styrning. Flera författningar härrör från EU-rätten och det finns också bestämmelser i EU-rätten som rör vård.

Utredningen har avgränsat sina analyser och bedömningar till de tre mest centrala lagarna på hälso- och sjukvårdsområdet. Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), i det följande förkortad HSL, och patientlagen (2014:821) innehåller grundläggande och övergripande bestämmelser på hälso- och sjukvårdsområdet. Patientsäkerhetslagen (2010:659), i det följande förkortad PSL, innehåller centrala bestämmelser om patientsäkerhet.

HSL och patientlagen är utformade som en skyldighetslagstiftning. Det innebär att tillhandahållandet av nödvändig hälso- och sjukvård är en skyldighet för samhället. Hälso- och sjukvård hanteras således inte som en rättighet som den enskilde kan utkräva på juridisk väg.³

I utredningens första betänkande, *Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning*, lämnades förslag om

² Motståndskraft – Inriktningen av totalförsvaret och utformningen av det civila försvaret 2021–2025 (Ds 2017:66) s. 34.

³ En ny hälso- och sjukvårdslag (prop. 2016/17:43), s. 71.

en målsättning för hälso- och sjukvården vid kris och krig som innebär att den civila hälso- och sjukvården ska vid fredstida kriser och vid krig ha kapacitet att utföra sådan vård som inte kan anstå.⁴ Sådan vård ska säkerställas för såväl civila som för militär personal. Den av riksdagen beslutade prioriteringsplattformen gäller vid prioritering av vårdbehov. Trots att den allmänna vårdstandarden inte kan vara densamma ska de medicinska behandlingsresultaten för det stora flertalet patienter så långt möjligt motsvara den nivå som gäller vid ett normalläge i fred. I propositionen Totalförsvaret 2021–2025 anförde regeringen bl.a. följande:⁵

Regeringen vill, i likhet med Försvarsberedningen, betona att vård inte kommer att kunna bedrivas på samma sätt i krig som i vardagen och att alla fredstida krav i lagstiftningen inte kommer att kunna upprätthållas.

Det behövs därför vägledning på nationell nivå kring vilken vård som kommuner och regioner kan prioritera bort och vilken vård som alltid ska kunna upprätthållas. Den civila hälso- och sjukvården bör vid krig ha kapacitet att utföra sådan vård som inte kan anstå. Sådan vård ska säkerställas för såväl civila som för militär personal. Den av riksdagen beslutade prioriteringsplattformen gäller vid prioritering av vårdbehov.

Trots att den allmänna vårdstandarden inte kan vara densamma bör de medicinska behandlingsresultaten för det stora flertalet patienter så långt som möjligt motsvara den nivå som gäller vid ett normalläge i fred.

Utredningen har också tidigare lämnat förslag till en ny bestämmelse i HSL som innebär att hälso- och sjukvården vid fredstida kriser och krig ska ha kapacitet att utföra vård som inte kan anstå.⁶ Bestämmelsen syftar bl.a. till att skapa mer rimliga förväntningar på vad hälso- och sjukvården ska kunna klara av under fredstida kriser och krig och att skapa förutsättningar för vården att planera och säkerställa sådan vård.

Om hälso- och sjukvårdens resurser ändå skulle visa sig otillräckliga för att utföra vård som inte kan anstå med normala kvalitetskrav, och det inte heller är möjligt att inom kort tillföra de nödvändiga resurserna, uppstår en situation som i vårdsammanhang bör benämnas katastrof. Vid en katastrof uppkommer omedelbart en allvarlig fara för enskildas liv och hälsa. Katastrofmedicinen omfattar medicinska situationer då det föreligger en resursbrist och där det trots

⁴ Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning (SOU 2020:23), s. 50 f.

⁵ Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30), s. 139.

⁶ En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19), s. 285 f.

omfördelning av resurser inte är möjligt att upprätthålla normala kvalitetskrav.

Det är på hälso- och sjukvårdsområdet tydligt att vissa bestämmelser i olika lagar och föreskrifter på lägre normnivå inte är anpassade för situationer då hälso- och sjukvård måste bedrivas under mycket svåra förhållanden. Skyldigheterna för regioner och kommuner att erbjuda vård är för närvarande inte försedda med några undantag och skyldigheterna gäller därför i alla lägen, dvs. även i situationer då det exempelvis i en viss region på grund av krig kan vara omöjligt att ens erbjuda alla som behöver det sådana vård som inte kan anstå.

Ett exempel på bestämmelser som bedöms kunna vara olämpliga att tillämpa i situationer då resursläget i vården kräver att fokus läggs på att ge vård som inte kan anstå, är bestämmelserna om vårdgaranti. Dessa bestämmelser är inte framtagna för att säkerställa vård inom medicinskt motiverad tid och garantin är inte heller ett verktyg särskilt anpassat för att säkerställa att den som har störst behov av vård ges företräde till vården.

Bestämmelser som är lämpliga och anpassade för att tillämpa under ”normala” förhållanden kan således visa sig svåra, omöjliga eller i vissa fall t.o.m. olämpliga att tillämpa under mycket svåra förhållanden. Vad nu sagts gäller också vissa bestämmelser som härrör ur EU-rätten. Det är dock inte som regel möjligt att avvika från vad som föreskrivs i sådana bestämmelser och det ankommer inte heller på riksdagen att ändra bestämmelserna i EU-rätten.

13.1.1 Sanktioner

En rättsstat vilar bl.a. på tanken att enskilda, myndigheter och domstolar följer lagar och andra regler. Som alla vet är det dock inte alltid så att givna regler följs. För att så långt möjligt försöka upprätthålla regelefterlevnad har lagstiftaren infört system med olika sanktioner som kan riktas mot regelbrytare.

Formella sanktioner kan bestå i exempelvis disciplinära åtgärder som arbetsgivare riktar mot anställda, tillsynsåtgärder som tillsynsmyndigheter får tillgripa och som kan bestå av exempelvis vitesförelägganden som riktas mot vårdgivare. Det finns också straffrättsliga sanktioner såsom fängelse och böter och straffliknande bestämmelser om sanktionsavgifter.

Det är dock inte så att samtliga bestämmelser i gällande rätt är sanktionerade. I vissa fall kan en bestämmelse exempelvis vara för oprecis för att kunna sanktioneras. Det juridiska begrepp som beskriver att en bestämmelse inte kan genomdrivas med rättsliga medel är *lex imperfecta*.

Det är av yttersta vikt att bestämmelser som ska säkerställa vård till sjuka och skadade och bestämmelser som ska skydda patienter från vårdskador upprätthålls. Det kan dock uppkomma situationer då vården saknar nödvändiga förutsättningar för att uppfylla bestämmelser i gällande rätt. Om en sådan situation är för handen och detta beror på omständigheter som inte kommuner, regioner eller hälso- och sjukvårdspersonalen rimligen kan anses råda över, vore det orimligt att besluta om sanktioner för att bestämmelser inte har efterlevts. Vid sidan av intresset att skydda patienters liv och hälsa finns också intresse av att sanktioner som har införts för att upprätthålla följsamhet till bestämmelser för hälso- och sjukvård inte leder till oproportionerliga följder för t.ex. vårdgivare och för hälso- och sjukvårdspersonal.

13.1.2 Intresseavvägningar och proportionalitet

Inom den allmänna straffrätten och inom det specialstraffrättsliga området finns bestämmelser som innebär att den som begår en straffsanktionerad gärning i vissa fall är fri från ansvar.

I 24 kap. brottsbalken, i det följande förkortad BrB, finns bestämmelser om allmänna grunder för ansvarsfrihet som även gäller inom det specialstraffrättsliga området. I sistnämnda kapitel finns exempelvis bestämmelser om nödvärn (24 kap. 1 §), nöd (24 kap. 4 §) och samtycke (24 kap. 7 §) som kan medföra ansvarsfrihet. Det finns vid sidan av skriven rätt också oskriven rätt som kan medföra straffrihet. Inom hälso- och sjukvården tillämpas en sådan oskriven undantagsregel i vissa fall då ett medicinskt ingrepp som i och för sig uppfyller förutsättningarna för misshandel eller något annat brott enligt 3 kap. BrB inte – eller i varje fall inte fullt ut – kan förklaras ansvarsfritt med åberopande av patientens samtycke. Denna oskrivna regel vilar på vad som i straffrättslig doktrin och rättspraxis brukar benämnas social adekvans.

Bestämmelserna om ansvarsfrihet kan sägas ha tillkommit för att det ska vara möjligt att skapa rimliga avvägningar mellan olika intres-

sen. Bestämmelserna om nöd och nödvärn utmärks av situationer där en gärning blir straffri då den utförts för att skydda eller rädda något eller någon. Gärningar som utförs för att skydda liv och hälsa torde typiskt sätt aktualisera frågor om ansvarsfrihet.

Det finns också andra bestämmelser och principer i gällande rätt som syftar till att tillämpningen av bestämmelser inte ska medföra orimliga resultat. Av en av de bestämmelser i förvaltningslagen (2017:900), i det följande förkortad FL, som anger grunderna för god förvaltning följer att en myndighet endast får vidta åtgärder som har stöd i rättsordningen. I sin verksamhet ska myndigheten vara saklig och opartisk. Myndigheten får ingripa i ett enskilt intresse endast om åtgärden kan antas leda till det avsedda resultatet. Åtgärden får aldrig vara mer långtgående än vad som behövs och får vidtas endast om det avsedda resultatet står i rimligt förhållande till de olägenheter som kan antas uppstå för den som åtgärden riktas mot.⁷ Bestämmelsen ger bl.a. uttryck för den s.k. proportionalitetsprincipen och för att närmare belysa denna princip finns skäl att återge delar av vad som anfördes i förarbetet till bestämmelsen.

Proportionalitetsprincipen

Proportionalitetsprincipen är central inom det EU-rättsliga systemet och är en av de allmänna rättsprinciper som ges närmast konstitutionell status vid all unionsrättslig tillämpning. Den begränsar unionsinstitutionernas handlingsfrihet i förhållande till medlemsstaterna och markerar en gräns för vilka bördor som kan läggas på medborgarna med stöd av EU-rätten. Principen har utvecklats av EU-domstolen med utgångspunkt i nationell – främst tysk – rätt och Europakonventionen. En redogörelse för EU-domstolens praxis finns i utredningens betänkande (SOU 2010:29 Prop. 2016/17:180 s. 157–159).

Förenklat kan man säga att proportionalitetsprincipen innebär att en ingripande åtgärd ska vara ägnad att tillgodose det åsyftade ändamålet, vara nödvändig för att uppnå detta ändamål och medföra fördelar som står i rimlig proportion till den skada som åtgärden förorsakar. Det ska alltså finnas en balans mellan mål och medel.

Även Europakonventionen, som gäller som lag, genomsyras av proportionalitetsprincipen. Flera av artiklarna i konventionen tar sikte på att det ska göras avvägningar mellan allmänna och enskilda intressen. På motsvarande sätt som inom EU-rätten kräver den konventionsrättsliga proportionalitetsprincipen att en ingripande åtgärd ska vara lämplig, nödvändig och proportionerlig i strikt mening för att kunna accepteras. Principen har fått sitt närmare innehåll och utvecklas kontinuerligt i Europadomstolens praxis. Den aktualiseras oftast vid tillämpning av de artiklar

⁷ 5 § förvaltningslagen (2017:900).

i Europakonventionen som under vissa förutsättningar medger begränsningar av vissa fri- och rättigheter. En närmare redogörelse för proportionalitetsprincipen i Europakonventionen och Europadomstolens praxis finns i utredningens betänkande (SOU 2010:29 s. 161–165).

Proportionalitetsprincipen kommer också till uttryck i bl.a. 2 kap. 15 § första stycket RF, som anger att varje medborgares egendom är tryggad bl.a. genom att ingen kan tvingas tåla att det allmänna inskränker användningen av mark eller byggnad utom när det krävs för att tillgodose angelägna allmänna intressen. Bestämmelsen fick denna lydelse den 1 januari 1995 samtidigt som Europakonventionen inkorporerades i svensk rätt. Den proportionalitetsprincip som kommer till uttryck i bestämmelsen knyter an till artikel 1 i det första tilläggsprotokollet till konventionen. I den proposition som låg till grund för inkorporeringen underströks också att en proportionalitetsprincip har vunnit hävd i svensk rätt (prop. 1993/94:117 s. 39–40).

Krav på proportionalitet finns även i andra föreskrifter i 2 kap. RF i fråga om den bedömning som ska göras när relativa rättigheter begränsas i lag eller genom annan författning (se t.ex. 20–23 §§). Även om bestämmelserna i första hand riktar sig till lagstiftaren, ska de också beaktas vid tolkning och tillämpning av lagstiftningen (jfr prop. 1975/76:209 s. 39, 99 och 153).

Proportionalitetsprincipen gäller sedan länge som grundsats för polisens verksamhet och har i likhet med behovsprincipen lagfästs i 8 § polislagen. Enligt rättegångsbalken ska proportionalitetsprincipen beaktas vid häktning liksom vid användningen av andra straffprocessuella tvångsmedel (se t.ex. 24 kap. 1 § andra stycket RB). Om de tvångsmedel som kan komma i fråga inte står i rimlig proportion till vad som står att vinna med åtgärderna bör man avstå från att använda dem (jfr prop. 1988/89:124 s. 27 och JO 2008/09 s. 113).

Bestämmelser som innebär krav på en rimlig balans eller proportionalitet mellan fördelarna för det allmänna och de nackdelar som en viss åtgärd innebär för den enskilde finns också i annan lagstiftning på områdena för brottsbekämpning och brottsförebyggande åtgärder liksom på bl.a. miljöområdet, skatteområdet och i fråga om kameraövervakning. Se t.ex. 27 kap. 1 § tredje stycket RB, 5 § lagen (2007:979) om åtgärder för att förhindra särskilt allvarliga brott, 2 § tredje stycket lagen om tillträdesförbud vid idrottsarrangemang, 2 kap. 7 § första stycket och 7 kap. 25 § miljöbalken, 2 kap. 5 § skatteförfarandelagen (2011:1244), 9 § kameraövervakningslagen (2013:460) och 53 d § lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk. Proportionalitetsprincipen kommer även till uttryck inom utlänningsrätten (1 kap. 8 § utlänningslagen [2005:716]) och i lagar som reglerar tvångsanvändning på socialrättens område, bl.a. i 20 a § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

Vidare har Högsta förvaltningsdomstolen i sin praxis slagit fast och utvecklat en allmän proportionalitetsprincip i svensk rätt. Utvecklingen av denna princip är sedan 1995 direkt kopplad till EU-rätten och Europakonventionen men principen har som utredningen påpekar fått ett vidare

tillämpningsområde. Principen har aktualiserats såväl i samband med beslut om olika former av ingripanden, t.ex. förelägganden eller förbud, som i dispens-sammanhang och andra situationer där inslaget av makt-användning från det allmännas sida är mindre påtagligt. Praxis avser främst frågor om markanvändning, men tillämpningsområdet tar sikte på samtliga förvaltningsområden. För en sammanställning av Högsta förvaltningsdomstolens praxis på området, se utredningens betänkande (SOU 2010:29 s. 176–181).

Enligt regeringens mening har en kodifiering i förvaltningslagen av den i praxis erkända proportionalitetsprincipen flera fördelar. För förvaltningsmyndigheterna blir det tydligare att inga åtgärder i det allmännas intresse får vidtas utan att motstående enskilda intressen samtidigt beaktas. Ett allmänt krav på att en proportionalitetsbedömning ska göras redan i första instans ger också bättre förutsättningar för att ärendehandläggningen ska bli mer omsorgsfull och att besluten i ännu högre grad redan från början ska bli materiellt riktiga. Detta kan i sin tur förväntas leda till att färre beslut överklagas. En bestämmelse i förvaltningslagen ger även den enskilde bättre möjligheter att bevaka sina intressen redan i ursprungsärendet, men också vid ett eventuellt överklagande. Dessutom markeras Sveriges åtaganden enligt EU-rätten och Europakonventionen på ett generellt och mera tydligt sätt än i dag för såväl domstolar och förvaltningsmyndigheter som för enskilda.

13.2 Allmänt om vårdkvalitet och patientsäkerhet

Patientsäkerhet handlar om att patienter inte ska komma till skada i samband med hälso- och sjukvårdande åtgärder. Begreppet innefattar också det omvända, att patienter inte ska komma till skada eller få men av sin sjukdom på grund av att vården inte genomför de åtgärder som behövs inom medicinskt motiverad tid.

Begreppet vårdkvalitet omfattar vanligen aspekter på säkerheten i, och utfallet av, själva behandlingen. Där ingår såväl det positiva behandlingsresultatet som ett uteblivet terapivar eller ett oönskat utfall i form av en icke undvikbar skada (t.ex. komplikationer eller biverkningar). Verksamheternas följsamhet till medicinska vårdprogram och riktlinjer, patienternas upplevelse av sin vård och behandling och deras syn på kvalitet och säkerhet är viktiga faktorer i sammanhanget.

Det reglerande ramverket utgörs av främst HSL, patientlagen, PSL, patientdatalagen (2008:355), tandvårdslagen (1985:125), lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372) med tillhörande förordningar, samt Socialstyrelsens och Inspektionen för vård och omsorgs olika föreskrifter.

Inte bara huvudmän, vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal har ansvar i patientsäkerhetsarbetet utan också på olika sätt riksdag, regering och myndigheter. Bland andra samhällsaktörer med viktiga roller i arbetet för ökad patientsäkerhet kan nämnas patientnämnder, brukarorganisationer och professionsföreningar.

I PSL definieras patientsäkerhet som skydd mot vårdskada. Av PSL framgår att en vårdskada är lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.⁸ Lagen syftar bland annat till att stärka systemperspektivet och patienternas ställning för att få en säkrare vård.

Samma år som PSL trädde ikraft beslutade Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, följt år 2017 av föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete. Arbetet innefattar avvikelshantering och utredning av händelser, samt olika system för inhämtning av synpunkter, anmälningar och rapportering.

En god säkerhetskultur i hälso- och sjukvård kännetecknas av ett aktivt arbete med att identifiera och minimera risker och skador, ett öppet arbetsklimat avseende anmälan av vårdskador, och ett förhållningssätt där såväl individ som organisation lär av både negativa händelser och det som går bra. En grundläggande förutsättning för en säker vård, och därmed en hög patientsäkerhet, är en engagerad ledning och tillräckligt med personal som har erforderlig kompetens och goda förutsättningar att utföra sitt arbete. Det är viktigt att vården så långt som möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten (alt. närstående eller ombud) som därmed ges möjlighet att vara delaktig i patientsäkerhetsarbetet.

För arbetet med patientsäkerhet har regionerna i samarbete med Sveriges Kommuner och Regioner, i det följande förkortat SKR, haft en viktig roll. De började med att mäta antalet vårdrelaterade infektioner och undersöka patientsäkerhetskulturen i sina egna organisationer. Som ett led i arbetet har sedan metodik utvecklats för att identifiera vårdskador inom såväl sjukhusvården som inom den psykiatriska vården. Flera olika aktörer har utvecklat nationella riktlinjer och evidensbaserade kunskapsunderlag samt kvalitetsregister på nationell nivå i syfte att förbättra patientsäkerheten. Sverige har också en

⁸ 1 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet för åren 2020–2024.⁹ Planen ska stärka kommuner och regioner i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och bidra till att förebygga vårdskador. SKR har tillsammans med regionerna och kommunerna tagit fram ett nationellt ramverk för strategiskt patientsäkerhetsarbete på olika organisatoriska nivåer.¹⁰

Internationellt deltar Sverige i många samarbeten på området. Ett exempel på detta är Organisation för ekonomiskt samarbete och utvecklingsarbete (på engelska Organisation for Economic Co-operation and Development i det följande förkortat OECD) internationella indikatorjämförelser avseende vårdkvalitet.¹¹ Fokus ligger på evidensbaserad, säker och patientanpassad vård. Vartannat år publiceras i hälso-rapporten *Health at a Glance* en genomgång av indikatorer som exempelvis patientsäkerhetsutfall vid förlossning och kirurgiska ingrepp, överlevnad efter behandling av olika sjukdomar, undvikbar sluten vård och patientens upplevelse av bemötandet i vården.

13.2.1 Vårdprinciper, etik och prioriteringar

Bedömning: Den nationella plattformen för etik och prioritering ska gälla också under fredstida kriser och krig med överbelastning av hälso- och sjukvården och hot mot folkhälsan. Särskilda principer och standarder för hur vården ska bedrivas ska vara framtagna och överenskomna i förväg. För lyckad implementering ska dessa ha en integrerad etisk bas, en god förankring i samhället, ett medikolegalt stöd (i HSL och PSL) samt tydliga ansvar och beslutsvägar.

Eventuella avsteg i arbetssätt förutsätter att en katastrof inträffat, först då kan det ges mandat att övergå till en katastrofmedicinskt anpassad standard för vården. Fokus hamnar lätt på den pågående krisen varför vägledningar proaktivt måste ge tydliga anvisningar avseende undanträngningar och omställning av vården.

Vårdprinciper och prioriteringar kan betraktas på såväl individ- som systemnivå. De förstnämnda gäller vårdens utformning och genom-

⁹ Socialstyrelsen (2020): *Agera för säker vård – Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024* (artikelnummer 2020-1-6564).

¹⁰ Sveriges kommuner och regioner (2015): *Nationellt ramverk för patientsäkerhet* (best.nr. 5382)

¹¹ Organisation for Economic Co-operation and Development (2019): *Health at a Glance 2019 – OECD indicators* (ISBN 978-92-64-80766-2).

förande, medan prioritering avser vårdsystemets omställning respektive dess behovsbedömning. Principerna för bedömning (triage – sortering och sällning) och prioritering av patienter vid fredstida kris-situation behöver för jämlik vård vara lika nationellt. Däremot blir tillämpningen av principerna beroende av olika kritiska tidslinjer och förutsättningar som aktuell plats- och personaltillgång, tid till insats, möjlighet att mobilisera resurser eller till samverkan med andra vård-givare och tillgång till transportresurser. För bedömningen innebär detta att det, utöver individens behov, prioriteras utifrån tillgängliga resurser för att livräddande insatser ska kunna göras för så många som möjligt.

Triage innefattar eller leder till prioritering där etiska ställnings-taganden görs, direkt eller indirekt. System för triage tenderar av förklarliga skäl att prioritera livsvärden, hälsa, funktion, resursutnyttjande och jämlikhet jämfört med andra aspekter som autonomi, värderingar, tillit, förväntningar och samtycke. Det är etiskt sett inte någon egentlig skillnad mellan att avstå från eller avsluta en vårdinsats även om den emotionella upplevelsen och moraliska stressen kan skilja. Det upplevs allmänt som viktigt att det finns kriterier för avslutande av vårdinsatser eller övergång till palliativ vård och att detta är lika viktigt som för insättande av vård. Etiskt bedöms det dock aldrig vara acceptabelt med aktiva avslut eller dödshjälp ens i katastrofmedicinska sammanhang eller pandemier.

Internationella vårdprinciper i kris

För att säkra en rättvis process när det gäller beslut om klinisk resurs-användning under massinsjuknanden sammanställde det amerikanska institutet för medicin år 2009 vårdprinciper för kris eller katastrof, på engelska *crisis standards of care*.¹² Under åren som närmast följde utgavs vägledningar och kriterier för implementering.^{13,14} Strate-

¹² Altevogt, BM., Stroud, C., Hanson, SL., Hanfling, D., Gostin, LO., Editors. Committee on Guidance for Establishing Crisis Standards of Care for Use in Disaster Situations, IOM. Guidance for Establishing Crisis Standards of Care for Use in Disaster Situations: A Letter Report. Washington (DC): National Academies Press (US); 2009.

¹³ Hanfling, D., Altevogt, BM., Viswanathan, K., Gostin, LO., Editors. Committee on Guidance for Establishing Crisis Standards of Care for Use in Disaster Situations, IOM. Crisis Standards of Care: A Systems Framework for Catastrophic Disaster Response Washington (DC): National Academies Press (US); 2012.

¹⁴ Hanfling, D., Hick, J., Stroud, C., Editors. Committee on Guidance for Establishing Crisis Standards of Care for Use in Disaster Situations, IOM. Crisis standards of care: A toolkit for indicators and triggers. Washington, (DC): The National Academies Press; 2013.

gierna som togs fram inkluderade personalbesparande arbetsätt och lösningar för att förbereda, bevara, ersätta, anpassa, återanvända och omdisponera resurser. En strikt tillämpning av den vedertagna likhetsprincipen (egalitarian) ställdes mot nyttoprincipen (utilitarian) där det handlar om att rädda så många liv som möjligt. Det konstateras att vården inte får använda funktionsnedsättning, etnicitet, ålder eller religion som avgörande faktorer samtidigt som olika poängsystems validitet och applicerbarhet i sammanhanget ifrågasätts. Om sjukvårdssystemet blir överlastat kan patienter inte omhändertas i den ordning de kommer, utan ett i förväg etablerat triagesystem behövs för att med hjälp av tydliga kriterier vägleda och styra användningen av resurserna. Vartefter nya patienter anländer behöver ordningen på patienterna omprövas. Behandlingen måste också omprövas och möjligen avslutas om andra vårdformer blir aktuella, terapivar uteblir eller om andra patienter behöver prioriteras utifrån prognostiserat utfall. Faktorer som är viktiga att väga in är aktuell sjukdomsgrad, bakomliggande sjuklighet och allmäntillstånd. Samma ska gälla lika för alla andra patienter som för de aktuellt drabbade. Grundtanken blir att få ut mest möjliga vård av tillgängliga resurser på gruppnivå, även om det innebär ett dilemma när man ser till likhetsprincipen för individen.

Internationellt beskrivs vanligen sambandet mellan beredskapsläge och vård i tre nivåer med viktiga övergångar mellan stora utfall vid kris och situationer med katastrofmedicinsk konsekvens:

- Rutinsjukvård (på engelska betecknad *conventional*) med vanliga resurser och vårdnivå. Resursansvar förblir lokalt.
- Vård enligt kontinuitets- och beredskapsplan (på engelska betecknad *contingency*) där vårdnivån är likvärdig den normala men där lösningarna kan variera utifrån sammanhang och resurstillgång. Det kan handla om personalförstärkning, vård i särskilt förberedda lokaler, behovsanpassad utrustning och återanvändning om möjligt av förbrukningsmateriel. Resursfördelning avgörs vanligen regionalt.
- Vård i krissituation (på engelska betecknad *crisis*) där resurserna inte längre räcker till för att upprätthålla vanlig vårdnivå eller prioriteringar. Bästa möjliga vård ges under givna förutsättningar, varför det är avgörande att nationella strategier finns för hur resurserna bäst utnyttjas. Brist på personal, utrustning, materiel och ändamålsenliga lokaler är faktorer som det behöver finnas anvisningar för

i de katastrofmedicinska beredskapsplanerna. Resursfördelning kan behöva avgöras på nationell nivå, och då särskilt för att kunna hantera undanträngningseffekter och säkra jämlik vård.

Övergångarna mellan de tre nivåerna har stora implikationer. Varje övergång kan svara mot mycket stora skillnader i kapacitetskrav, varför det är viktigt att ha överenskomna och i förväg identifierade indikatorer och ”triggers” för hur resursbehovet bedöms.

Nationella prioriteringsprinciper och katastrofmedicinska överväganden

Den etiska plattformen för prioriteringar med dess tre principer: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen, är rättesnöret i alla vårdsammanhang. Innan huvudmän och vårdgivare omprioriterar vård behöver de undersöka om vården kan ges i andra regioner, eller om andra resurskrävande insatser kan omprövas för att frigöra resurser. Vid exempelvis en pandemi där delar av sjukvården får en hög belastning kan det innebära att regionerna i ett första skede bör undersöka möjligheterna att inom regionen omdisponera patienter mellan aktörer så att rutinsjukvård som inte kan anstå i möjligaste mån fortsatt kan bedrivas. I ett andra skede bör regioner som är hårt belastade undersöka möjligheterna att få skicka patienter till mindre drabbade regioner som så långt möjligt kunnat upprätthålla annan vård. Undanträngning har också beaktats i Coronakommissionens kommittédirektiv där uppdrag ges att beskriva hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera utbrottet av det virus som orsakar sjukdomen covid-19, genom att bland annat belysa konsekvenserna av att hälso- och sjukvård och andra insatser har behövt skjutas upp.¹⁵

De medicinska professionerna är utbildade i att ge patientcenterad vård, varför en övergång till vård utifrån grupprioritering kan skapa spänningar och moralisk eller etisk stress. För professionen är det ur ett medikolegalt perspektiv viktigt att beslut är rationella, så långt möjligt evidensbaserade samt har tvärprofessionell förankring och formellt regelstöd. Endast då kan en tillämpning av nyttoprincipen för kollektivet före likhetsprincipen för individen accepteras.

¹⁵ Utvärdering av åtgärderna för att hantera utbrottet av det virus som orsakar sjukdomen covid-19 (dir. 2020:74).

Beslutsfattandet måste vara rättvist, transparent och omprövningsbart samt respektera såväl patient, personal och närstående. Med ett ställningstagande att inte erbjuda eller att avsluta viss vård följer alltid ett ansvar att ordna annan vårdform som så långt möjligt kan möta patientens behov.

Hanteringen av bl.a. fredstida kriser med stora skadeutfall förutsätter att det finns i förväg definierade etiska riktlinjer och etablerade handlingsplaner för hur vård vid ökade behov och bristande resurser ska kunna erbjudas.

Ansvar när det gäller triage och fördelning av resurser bör vara skilt från förmedlandet av direkt vård så långt det är möjligt. De som är ansvariga för den direkta vården av enskilda patienter ska arbeta för att förbättra dessa individers hälsa och inte behöva fatta beslut om fördelning av resurser till en viss grupp ställd mot individuella patienters behov. Sjukvårdspersonalens skyldighet att vårda är varken absolut eller den enda etiska skyldighet de har. Sjukvårdspersonal har även konkurrerande skyldigheter gentemot närstående och andra sociala åtaganden. Ett etiskt robust katastrofhanteringssystem bör därför organiseras så att personal avlastas i sådana konflikter för att på så sätt underlätta för dem att också sköta sina plikter i arbetet. En möjlighet att inom ramen för samordningen av hälso- och sjukvården fatta medicinska inriktningsbeslut kan vara ett sätt att stödja och hantera etiska dilemman i dessa situationer. Förutsättningar finns att göra sådana beslut sjukhusövergripande eller regionövergripande, men på nationell nivå saknas en sådan funktion.

Enligt nuvarande katastrofmedicinska föreskrifter ska ett medicinskt inriktningsbeslut fattas av hälso- och sjukvårdspersonal som har kompetens att göra medicinska prioriteringar och besluta om medicinska åtgärder (medicinskt ansvarig).¹⁶ Det kan dock i vissa mycket långdragna situationer vara så att viss vård måste prioriteras ned under överskådlig tid. Exempel på sådana situationer kan vara vid pandemier med mycket omfattande och långdragna vårdbehov eller i samband med säkerhetspolitiska kriser och regelrätta krigshandlingar. Det kan diskuteras om inte medicinska inriktningsbeslut som får en stor påverkan på vården under mycket lång tid och som kan uppfattas som ett förändrat vårdutbud också bör hanteras i de näm-

¹⁶ 6 kap. 4 § tredje stycket Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.

der som är satta att leda hälso- och sjukvården enligt HSL. Sådana ärenden bör dock alltid grunda sig i ett medicinskt underlag.

Om det inom vården uppstår en situation som begränsar möjligheterna att tillgodose patienternas behov, måste beslut om att ransonera resurstilldelning, och därmed tillgången till vård, grundas på väl baserade och transparenta principer. Det innefattar också val mellan olika behandlingsformer för en enskild patient samt val av åtgärder för vissa sjukdomar inom en sjukdomsgrupp. Konsekvensen blir att viss vård och vissa åtgärder väljs bort eller senareläggs. Däremot ska ambitionsnivå och kvalitet för på den vård som ges upprätthållas så långt det är möjligt. Vid en allvarlig händelse, fredstida kris eller i krig ska detta åstadkommas genom förstärkning (jfr surge capacity) och ett eventuellt ändrat arbetssätt som är i förväg planerat. Viktiga verktyg för att åstadkomma förstärkning är samordning av resurser, omfördelning av patienter (utifrån regionala/nationella fördelningsnycklar) och omdisponering av personal och utrustning.

Det är först när man konstaterat att det råder en situation där behoven överskrider de mobiliserbara resurserna som ändrade behandlings- och prioriteringsprinciper för vården (jfr Crisis Standards of Care) kan bli aktuella. Fokus hamnar då ofta på de akuta konsekvenserna, men den stora utmaningen för vården ur ett etiskt perspektiv, är att hantera undanträngningseffekter på elektiv sjukvård och all annan akutsjukvård samt förebyggande hälsovård som bedrivs i vardagen och/eller behöver fortgå.

Vårdprinciper i kris handlar alltså inte primärt om att ambitionsnivån för vården ändras, utan snarare om principer för hur prioritering bör ske i situationer där resurserna inte räcker till (se tillämpning av nyttoprincipen ovan). Bedömningen kan bli att viss vård inte är möjlig eller nödvändig att ge och att annan vård kan anstå till senare tillfälle. Däremot bör den vård som prioriteras ges i möjligaste mån och utförs med normal ambition, även om lösningarna för att lyckas med detta kan avvika från rutinsjukvårdens arbetssätt.

Särskilda principer och standarder för vården bör vara framtagna och överenskomna i förväg och, för lyckad implementering, ha en starkt etisk bas, ett integrerat engagemang från samhällsaktörer, ett medikolegalt stöd (i HSL och PSL) samt tydliga ansvar och beslutsvägar. Eventuella delegeringar eller avsteg i arbetssätt förutsätter sådana beslut fattats regionalt eller nationellt och att situationen styrs av ett tydligt nationellt regelverk med klart utpekade ansvar i varje led. Först

när dessa betingelser är givna kan det ges mandat att övergå från vanliga prioriteringar och vårdambition till en katastrofmedicinskt anpassad standard för vården.

Ett sådant arbetssätt innebär också att det blir tydligt för medborgarna vilken vård man kan förvänta sig i sådana situationer. Det blir också tydligare för tillsynsmyndigheter och vårdgivare hur man ska se på patientsäkerhetsfrågorna. Patientsäkerheten måste värderas gentemot de förutsättningar som råder i den aktuella situationen, inte hur situationen hade kunnat vara om katastrofen inte hade inträffat. Därvidlag innebär detta inte att patientsäkerheten sätts ur spel utan enbart att bedömningen av patientsäkerheten måste sättas i relation till tillgängliga resurser vid en katastrof.

För jämlikhet i vården behöver det således finnas nationellt överenskomna kriterier för vård som inte kan anstå och inom vilken medicinskt motiverad tid vården behöver ges för förväntat utfall och undvikande av men. Nationella prioriteringsprinciper behövs vid mycket omfattande eller utdragna tillstånd av resursbrist behövs för att bedöma olika patientgruppers vårdbehov i relation till andras samt för att avgöra när övergång till alternativa behandlingsmetoder eller anpassning av målsättning för exempelvis handläggningstid kan behöva göras.

Prioriteringar under utbrottet av covid-19

I ett kunskapsstöd utgivet 2020, presenterade Socialstyrelsen en principmodell för att prioritera ner viss vård under covid-19-pandemin, om pandemin utvecklas så att behovet av vård överstiger de tillgängliga resurserna.¹⁷ Syftet med kunskapsstödet var att stödja huvudmän och vårdgivare att säkra högt prioriterad rutinsjukvård, men även att minska etisk stress för vårdpersonalen. Stödet utgår från behovsbegreppets två dimensioner: svårighetsgraden hos hälsotillståndet och patientnyttan (effekten för den individuella patienten). Innan huvudmän och vårdgivare prioriterar ner vård enligt modellen, behöver de undersöka om vården kan ges i andra regioner med bättre resurstillgång, samt överväga om det finns resurskrävande insatser med mycket marginell patientnytta som kan prioriteras ner (oavsett hälsotillstånd).

¹⁷ Socialstyrelsen (2020): *Nationella principer för prioritering av rutinsjukvård under covid-19-pandemin.*

dets svårighetsgrad). Stödet innefattar olika sätt för prioritering (under begränsad tid) vid resursbrist:

- Vårdgivaren ger mindre av en åtgärd, eller slutar helt med åtgärden. Därmed sänker man kvaliteten på vården för patienten och får sannolikt även en sämre patientnytta.
- Vårdgivaren skärper indikationen, så att patienten behöver ha ett svårare hälsotillstånd än normalt för att få tillgång till en åtgärd.
- Vårdgivaren skjuter fram en åtgärd i tiden. Patientens hälsotillstånd riskerar då att försämrans. Det är dock viktigt att bedöma om en fördröjd eller utebliven vård ger upphov till en irreversibel försämring för patienten, och hur allvarlig försämringen i så fall är.

Samma år, 2020, publicerade Socialstyrelsen nationella principer för prioritering inom intensivvård under extraordinära förhållanden.¹⁸ Där konstateras att i samband med en extraordinär resurssituation måste intensivvårdsresurserna reserveras för patienter där intensivvården har stor sannolikhet att bidra till fortsatt överlevnad. Detta innebär en större restriktivitet med att inleda eller fortsätta intensivvård än i normalfallet. I samband med en extraordinär resurssituation kommer biologisk ålder och dess påverkan på patientnyttan i termer av fortsatt överlevnad att vara central. Faktorer som påverkar den biologiska åldern är framför allt graden av organsvikt och samsjuklighet även om hög kronologisk ålder också inverkar på sannolikheten för överlevnad. Det betonas att beslut om prioritering bör fattas endast med hänsyn till parametrarna med grund i den etiska plattformen för prioriteringar.¹⁹

- hälsotillståndets svårighetsgrad (patientbehovet),
- åtgärdens patientnytta,
- resursanvändningens rimlighet i förhållande till patientnyttans storlek.

Statens medicinsk-etiska råd gav i maj 2020 ut en rapport om etiska vägval vid en pandemi.²⁰ I rapporten konstaterar rådet att om vård-

¹⁸ Socialstyrelsen (2020): *Nationella principer för prioritering inom intensivvård under extraordinära förhållanden*.

¹⁹ Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60).

²⁰ Statens medicinetiska råd (2020): *Etiska vägval vid en pandemi* (Smer 2020:3).

behovet överstiger resurserna behöver en prioritering ske. Under en pandemi uppstår prioriteringsutmaningar i hälso- och sjukvården både på grupp- och individnivå.

- *Prioritering på gruppnivå.* Många av de patienter som drabbas av pandemi är svårt sjuka och kan behöva intensivvård eller annan livsuppehållande behandling för att överleva. Utifrån principen att vård ska prioriteras efter behov betyder det att resurser kan behöva omfördelas från andra verksamheter till framför allt intensivvården, och att annan mindre brådskande vård kan behöva skjutas upp eller inte ges alls.
- *Prioritering på individnivå.* Även om intensivvården får mer resurser kan det vara svårt att tillgodose behovet under en pandemi. Prioriteringar mellan olika patienter med mycket stora och ibland likvärdiga vårdbehov kan därför behöva ske.

Utifrån den svenska prioriteringsplattformen gäller att den patient som har störst behov ska prioriteras. Plattformens människovärdesprincip tillåter inte prioritering utifrån kronologisk ålder och samhällsfunktion. En patients behov avgörs av sjukdomens eller skadans svårighetsgrad eller hur nedsatt livskvaliteten är till följd av densamma. Behovet bedöms även utifrån patientens nytta av en behandling. Om prioriteringar ska utgå från andra värden än de som slagits fast av riksdagen i den etiska plattformen för prioriteringar i hälso- och sjukvården måste beslut fattas på nationell nivå och lagstiftningen ändras. Det kan också tyckas mindre lämpligt att i en krissituation förändra grundförutsättningarna för prioriteringar. Risken finns att detta skapar än mer osäkerhet i vården kring vilka principer som ska gälla och etisk stress hos vårdpersonalen som ska göra prioriteringarna. Nedan listas några exempel på viktiga betraktelser i rapporten.

- Tydliga riktlinjer och rekommendationer är viktiga för professionerna när prioriteringar ska göras. Det är dock angeläget att nationella riktlinjer på ett tydligt sätt utgår från de värden och principer som förankrats i samhället och som gäller enligt lag. Inte minst för att i en krissituation bidra till att gemensamma resurser fördelas på ett demokratiskt sätt och för att undvika godtyckliga prioriteringsbeslut.

- Riktlinjer för prioriteringar i extraordinära situationer i möjligaste mån bör formuleras när kris inte råder. Detta för att det ska finnas tid för en bred och öppen diskussion med olika intressenter samt förankring i hälso- och sjukvården och samhället kring vilka avvägningar som bör göras och vilka värden som ska vara vägledande vid skärpta krav vid prioritering.
- Det är viktigt att det är tydligt vid vilken tidpunkt olika riktlinjer för extraordinära situationer ska börja tillämpas liksom när de inte ska tillämpas längre, samt hur detta ska kommuniceras till dem som ska göra prioriteringarna. Vårdgivare måste se till att riktlinjerna i detta avseende tillämpas vid rätt tidpunkt och att det inte sker för tidigt, dvs. när behoven ännu inte överstiger resurserna.

I en situation där vårdens resurser inte längre räcker till för att ge all den vård som normalt kan ges, krävs prioriteringar. Denna utredning har i tidigare betänkanden i stor omfattning varit inne på dessa frågor och då även på prioriteringar.

I bl.a. det första betänkande finns en redogörelse för bestämmelser i HSL om prioritering och den av riksdagen beslutade prioriteringsplattformen som dessa bestämmelser grundar sig på.²¹ Det finns dock skäl att ännu en gång framhålla att prioriteringsplattformen utgår från följande tre principer:

- människovärdesprincipen; alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället,
- behovs- och solidaritetsprincipen; resurserna bör fördelas efter behov och man bör särskilt värna om att svaga grupperns behov tillgodoses,
- kostnadseffektivitetsprincipen; vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas.

Utredningen har också tidigare lämnat förslag till en ny bestämmelse i HSL som innebär att hälso- och sjukvården vid fredstida kriser och krig ska ha kapacitet att utföra vård som inte kan anstå.²² Bestämmelsen syftar bl.a. till att skapa mer rimliga förväntningar på vad hälso-

²¹ Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning (SOU 2020:23), s. 41 f.

²² En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19), s. 285 f.

och sjukvården kan klara av under fredstida kriser och krig och att skapa förutsättningar för vården att planera och säkerställa sådan vård.

Det kan uppstå situationer när det inte går att utföra all vård som inte kan anstå

Det är inte i alla situationer givet att det ens går att utföra all vård som inte kan anstå. I enlighet med vad som anförts tidigare i kapitel 4 och i kapitel 5 finns skäl att skapa vissa bestämmelser för värsta tänkbara situation.

En situation där hälso- och sjukvårdens resurser är otillräckliga för att utföra vård som inte kan anstå med normala kvalitetskrav och det inte heller är möjligt att inom kort tillföra de nödvändiga resurserna utgör en katastrof (se avsnitt 5.3). Vid en sådan situation utförs vården inte med normal kvalitet och vårdstandard.

Prioriteringsplattformen gäller

Utgångspunkten för denna utredning är att den nationella plattformen för etik och prioritering gäller även under fredstida kriser med överbelastning av hälso- och sjukvården och hot mot folkhälsan samt vid krig. Särskilda principer och standarder för vården bör vara framtagna och överenskomna i förväg, och för lyckad implementering ha en starkt etisk bas, ett integrerat engagemang från samhällsaktörer, ett medikolegalt stöd (i HSL och PSL) samt tydliga ansvar och beslutsvägar. Etiken bör vara densamma för de olika situationerna även om lösningar och resurshantering kan se olika ut beroende på vad som orsakat krisen.

Vidare bör vägledande och styrande dokument, mandat och beslutsvägar vara överenskomna i förväg och tydligt beskrivna för att underlätta implementering. De ska ge ett klart medikolegalt stöd och etiken ska vara integrerad snarare än avhandlad i separata dokument. Fokus hamnar lätt på en pågående kris, varför vägledningar proaktivt måste ge tydliga anvisningar avseende undanträngningar och omställning av vården.

13.3 Bestämmelser för hälso- och sjukvården som kan vara svåra eller olämpliga att upprätthålla vid en katastrof

Det är som redan anförts av yttersta vikt att bestämmelser som ska säkerställa vård till vårdbehövande och bestämmelser som ska skydda patienter från vårdskador upprätthålls. Det finns dock skäl att närmare analysera förutsättningarna vid katastrofer. Det är först vid en katastrof som förhållanden kan medföra att det finns skäl att acceptera avsteg från bestämmelser i den särskilda reglering som gäller för hälso- och sjukvård. Med katastrof avses en situation då hälso- och sjukvårdens resurser är otillräckliga för att utföra vård som inte kan anstå med normala kvalitetskrav och det inte heller är möjligt att inom kort tillföra de nödvändiga resurserna. Omständigheter som leder till en resursbrist i vården, exempelvis krigshandlingar, kan också leda till andra samhällsstörningar som också påverkar förutsättningarna att ge vård. Även om det inte är resursbrist i vården kan problem uppkomma; det hjälper exempelvis föga att det finns ambulanser om inte vägarna till patienterna är farbara.

13.3.1 Undantag och dispenser från bestämmelser i gällande rätt

Katastrofer kan se mycket olika ut. Vissa resursbrister kan komma att påverka enbart en mindre grupp patienter vars liv eller hälsa utsätts för allvarlig fara, medan andra får samma påverkan på många patienter i olika patientgrupper. På samma sätt kan ett krig påverka olika delar av landet olika mycket. Krigshandlingar mot tätbefolkade delar av landet får antas medföra större vårdbehov och kan samtidigt förstöra sjukhus eller på annat sätt försvåra möjligheter att ge vård. En krigshandling som enbart riktar sig mot Gotland eller Öland skulle sannolikt få stor påverkan där, samtidigt som resten av landet kan tänkas fungera relativt väl.

Bestämmelser i lagar och i föreskrifter på lägre nivå än lag tillämpas som regel inte avgränsat i enbart vissa delar av landet. Det kan finnas föreskrifter som visserligen enbart aktualiseras vid vissa typer av verksamheter som endast utförs i vissa delar av landet. På hälso- och sjukvårdsområdet är det emellertid inte på det sättet. Hälso- och sjukvård bedrivs i alla regioner och kommuner och skyldigheten att

erbjuda vård gäller också över hela landet. Föreskrifterna gäller därför således som regel lika över hela landet.

Det är svårt och kanske inte heller alltid lämpligt att försöka skapa föreskrifter som är anpassade efter alla de olika situationer som kan uppkomma i t.ex. hälso- och sjukvården. Om det i en kommun eller en del av en kommun vid ett visst tillfälle inte är möjligt eller lämpligt att följa en bestämmelse, kan det i en annan del av kommunen vid samma tillfälle vara fullt möjligt och lämpligt att vara följsam till samma bestämmelse. Föreskrifter med undantag från ett visst lagkrav är lämpliga om t.ex. kravet generellt är olämpligt eller inte generellt möjligt att följa i en viss situation. Dispenser i enskilda fall är lämpligt om det rör sig om ett mindre antal aktörer som har noga avgränsade behov av undantag. Dispenser förutsätter en administrativ process och är främst lämpligt i situationer då det inte är brådskande.

13.3.2 Bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen

I HSL finns bestämmelser som innebär att regioner och kommuner är skyldiga att erbjuda vård.²³ Bestämmelserna är för närvarande inte försedda med undantag och skyldigheten gäller därför i alla lägen, dvs. även i situationer då det exempelvis i en viss region på grund av krig kan vara omöjligt att ens erbjuda alla som behöver det sådan vård som inte kan anstå.

Mot bakgrund av de förslag till målsättningar och bestämmelser som bl.a. avser vård som inte kan anstå och sänkta kvalitetskrav som redogjorts för i avsnitt 13.1, finns också anledning att särskilt uppmärksamma bestämmelserna som innebär att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär bl.a. att vården särskilt ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet.²⁴ Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.²⁵

Vidare finns i HSL bestämmelser där det anges att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.²⁶

²³ 8 kap. och 12 kap. i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

²⁴ 5 kap. 1 § i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

²⁵ 5 kap. 4 § i ovan nämnda författning.

²⁶ 5 kap 2 § i ovan nämnda författning.

Det är uppenbart att ett krav på tillräckliga vårdresurser inte kan uppfyllas helt om det är resursbrist i vården. Utan tillräckliga resurser kan det vara nödvändigt att bl.a. använda andra vårdmetoder än de som normalt används. Vårdens kvalitet kan då inte heller alltid upprätthållas i enlighet med vad som är normalt.

Det finns också bestämmelser som vårdvalssystem som bl.a. innebär att regionen ska organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt. Regionen får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom regionen.²⁷ Det är uppenbart att även sådana krav kan komma att vara svåra att följa vid resursbrist eller krig.

I HSL finns vidare bestämmelser som innebär att regionen ska erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av regionens ansvar enligt 8 kap. 1 eller 2 §. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får kontakt med primärvården, får en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården, får besöka den specialiserade vården och får planerad vård.²⁸ Det är uppenbart att ett krav kan vara olämpliga om det är sådan resursbrist i vården att utförandet av vård som inte kan anstå måste prioriteras.

I HSL finns bestämmelser som medför skyldighet att erbjuda habilitering och rehabilitering, hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning och tolktjänst för vardagstolkning för barndomsdöva, dövblinda, vuxendöva och hörselskadade och förbrukningsartiklar ska också tillhandahållas.²⁹ Det finns också bestämmelser som ger patienter rätt att välja behandlingsalternativ, hjälpmedel eller att få en ny medicinsk bedömning).³⁰ Det står klart att det vid exempelvis krig kan uppkomma stora problem med att fullgöra skyldigheten att erbjuda tolktjänster. Beroende på hur resursbrister slår kan det vara svårt att erbjuda habilitering och rehabilitering ens till alla som är svårt sjuka eller skadade. Det är också uppenbart att krav om att tillhandahålla hjälpmedel eller rätta att välja hjälpmedel inte kommer att kunna uppfyllas om det är brist på sådana hjälpmedel. På samma sätt står det alldeles klart att en rätt att välja behandlingsalternativ kan leda till problem då det finns resursbrister i vården. Beträffande rätten till ny

²⁷ 7 kap. 3 § i ovan nämnda författning.

²⁸ 9 kap. 1 § i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

²⁹ 8 kap. 7 §, 8 kap. 9 § och 12 kap. 6 § i ovan nämnda författning.

³⁰ 10 kap. 1–3 §§ och 13 kap. 1–2 §§ i ovan nämnda författning.

medicinsk bedömning kan konstateras att den kan leda till att vissa vårdresurser behöver tas i anspråk trots att resurserna kan behöva prioriteras för användning vid utförandet av vård som inte kan anstå.

Mot bakgrund av de förslag till målsättningar och bestämmelser som bl.a. avser vård som inte kan anstå och sänkta kvalitetskrav som redogjorts för i avsnitt 13.1 finns också anledning att särskilt uppmärksamma bestämmelserna 5 kap. 1 § och 4 § HSL eftersom dessa bestämmelser tar sikte på kvalitet i vården. Av 5 kap. 1 § HSL följer att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär bl.a. att vården särskilt ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Av 5 kap. 4 § HSL följer att kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

13.3.3 Bestämmelser i patientsäkerhetslagen

Utöver vad som redan redogjorts för i avsnitt 13.2 kan konstateras att det torde råda stor enighet om att bestämmelser om patientsäkerhet måste upprätthållas även då mycket svåra förhållanden råder inom vården, men kraven kan inte vara orimliga eller leda till paradoxala förhållanden.

Med patientsäkerhet avses som tidigare framhållits enligt skydd mot vårdskada.³¹ Med *vårdskada* avses lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården och med *allvarlig vårdskada* avses vårdskada som är bestående och inte ringa, eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.³²

Att hälso- och sjukvården ska vara säker och av god kvalitet följer redan av HSL. I 3 kap. PSL finns som förut nämnts bestämmelser som innebär att vårdgivarna har en skyldighet att bl.a. bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på god vård upprätthålls. Vårdgivaren ska också se till att personalens kompetens tillgodoser kravet på god vård. Det innebär bl.a. att vårdgivaren ska arbeta förebyggande

³¹ 1 kap. 6 § i patientsäkerhetslagen (2010:659).

³² 1 kap. 5 § i ovan nämnda författning.

för att minska risken att patienter drabbas av vårdskador samt utreda och vidta en rad åtgärder i samband med vårdskador.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska enligt bestämmelser i 6 kap. PSL bl.a. utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och att en patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Vidare föreskrivs att vården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten och att patienten ska visas omtanke och respekt.³³ Hälso- och sjukvårdspersonalen är också skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.³⁴

Av 7 kap. PSL framgår att hälso- och sjukvården och dess personal står under tillsyn av IVO. I lagen anges vilka åtgärder som kan vidtas mot hälso- och sjukvårdspersonal och vårdgivare som inte fullgör sina skyldigheter eller bryter mot bestämmelser som gäller verksamheten. För den som har en legitimation att utöva sitt yrke kan det bli aktuellt med en prövotid eller återkallelse av legitimation. IVO kan i sin tillsyn besluta om föreläggande (även vid vite) för vårdgivare att fullgöra sina skyldigheter. IVO kan även besluta om förbud att bedriva verksamheten.

Bestämmelserna i PSL bedöms inte medföra samma typ av problem som redogjorts för kring vad gäller bestämmelser i HSL. Patientsäkerheten måste värderas gentemot de förutsättningar som råder i en aktuell situation, inte hur situationen hade kunnat vara om t.ex. en katastrof inte hade inträffat. Därvidlag innebär detta inte att patientsäkerheten sätts ur spel utan enbart att bedömningen av vad som utgör en vårdskada måste sättas i relation till omständigheterna vid katastrof eller krig. Det som behöver säkerställas vid katastrof är att tillsynen så långt möjligt fungerar. Vidare måste säkerställas att proportionalitetsbedömningar sker, särskilt då frågor om sanktioner t.ex. prövotid, återkallelse av legitimation eller viten ska bedömas av tillsynsmyndigheten. Detsamma gäller förstås även frågor om sådant straffansvar som kan aktualiseras genom lagen.³⁵

Huvuduppgiften för IVO är att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med

³³ 6 kap. 1 § i ovan nämnda författning.

³⁴ 6 kap. 4 § i ovan nämnda författning.

³⁵ 10 kap. i patientsäkerhetslagen (2010:659).

lagar och andra föreskrifter. Om det mot all förmodan skulle visa sig att någon bestämmelse i PSL avseende skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonalen vid tillämpning skulle medföra problem som inverkar menligt på skyddet för människors liv, personliga säkerhet eller hälsa, finns tillräckliga förutsättningar för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela de föreskrifter som behövs.³⁶

13.3.4 Bestämmelser i patientlagen

Patientlagen syftar till att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.³⁷ Av förarbetena till lagen framgår att den inte avses innehålla utkrävbara rättigheter i den meningen att beslut som fattas inom vården ska kunna överprövas av domstol. Det betyder att patientlagstiftningen i huvudsak bygger på de skyldigheter som vårdgivarna och hälso- och sjukvårdspersonalen har gentemot patienterna.³⁸

Lagen innehåller bestämmelser om tillgänglighet (2 kap.), information (3 kap.), samtycke (4 kap.), delaktighet (5 kap.), fast vårdkontakt och individuell planering (6 kap.), val av behandlingsalternativ och hjälpmedel (7 kap.), ny medicinsk bedömning (8 kap.), val av utförare (9 kap.), personuppgifter och intyg (10 kap.) samt om synpunkter, klagomål och patientsäkerhet (11 kap.).

Genom patientlagen har informationsplikten gentemot patienten utvidgats och förtydligats. Av 3 kap. 1 § patientlagen följer bl.a. att patienten ska få information om sitt hälsotillstånd, de metoder som finns för undersökning, vård och behandling, de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning, väsentliga risker för komplikationer och biverkningar och metoder för att förebygga sjukdom eller skada. I 3 kap. 2 § samma lag stadgas att patienten även ska få information om möjligheten att välja behandlingsalternativ, fast läkarkontakt samt vårdgivare och utförare av offentligfinansierad hälso- och sjukvård.

Av 4 kap. patientlagen framgår att hälso- och sjukvård som huvudregel inte får ges utan patientens samtycke. I 5 kap. 1 § samma lag stad-

³⁶ 6 kap. 17 § i ovan nämnda författning.

³⁷ 1 kap. 1 § i patientlagen (2014:821).

³⁸ Patientlag (prop. 2013/14:106), s. 41.

gas att hälso- och sjukvården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten.

Av 7 kap. 1 § patientlagen följer att när det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten få möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska få den valda behandlingen, om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

Det har vidare i 8 kap. patientlagen införts möjligheter för en patient att inom eller utom den egna regionen få en ny medicinsk bedömning. Patienten ska erbjudas den behandling som den nya bedömningen kan ge anledning till om behandlingen står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Av 9 kap. 1 § patientlagen följer att en patient som omfattas av en regions ansvar för hälso- och sjukvård ska inom eller utom denna region få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård.

Den analys av HSL som presenterades ovan är i vissa delar lika relevant här eftersom patientlagen till viss del avspeglar bestämmelser som finns i HSL på ett sätt som närmast kan beskrivas som en dubbelreglering. Således kan krav om att patienten, om det inte är uppenbart obehövligt, snarast ska få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd³⁹ och krav om ny medicinsk bedömning⁴⁰ i vissa fall medföra att resurser som krävs för utförande av vård som inte kan anstå måste användas på annat sätt. Krav om ny medicinsk bedömning kan också under vissa förhållanden visa sig leda till att en viss behandling bör ges, men att en sådan behandling inte kan utföras p.g.a. resursbrist. Krav om att patienten ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården⁴¹ kan visa sig svåra att leva upp till vid krig och även med hänsyn till vård som inte kan anstå kan kräva att läkarresurser i vissa fall kan behöva omfördelas. Rätten att välja hjälpmedel⁴² blir förstas illusorisk om det inte finns god tillgång till olika hjälpmedel. I övrigt framstår det inte som att bestämmelserna i patientlagen skulle medföra särskilda problem, låt vara att resurser för information till patienter kan vara knappa.

³⁹ 2 kap. 2 § patientlagen (2014:821).

⁴⁰ 8 kap. 1 § i ovan nämnda författning.

⁴¹ 6 kap. 3 § i ovan nämnda författning.

⁴² 7 kap. 2 § i ovan nämnda författning.

13.3.5 Utredningens bedömningar och förslag

Förslag: Det ska införas bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen som innebär att om en kommun eller region har drabbats av en katastrof och det inte med stöd av de bestämmelserna som föreslås i avsnitt 5.3 om skyldighet för kommuner och regioner att hjälpa varandra vid katastrofer i vården eller på andra sätt är möjligt att ge den hjälp som krävs för att häva katastrofen, så ska regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer besluta att katastroftillstånd gäller i den drabbade kommunen eller regionen.

När förhållandena medger det ska regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer besluta att katastroftillstånd inte längre ska gälla. Beslut om katastroftillstånd ska inte få överklagas.

Befinner sig en kommun eller region i ett katastroftillstånd ska, utan hinder av övriga bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen, kommunen eller regionen erbjuda den hälso- och sjukvård som är möjligt att erbjuda och så långt det är möjligt även fullgöra övriga åliggande som följer av nämnda lag. Vårdgivare som bedriver verksamhet i en kommun eller region där katastroftillstånd råder ska tillse att normala kvalitetskrav och behandlingsresultat upprätthålls så länge som detta är möjligt.

I föregående avsnitt har redovisats exempel på bestämmelser i bl.a. HSL som inte i alla lägen kan följas samt bestämmelser som kan vara olämpliga att tillämpa vid katastrofer.

Att skriva helt ny lagstiftning som medför att bestämmelser i gällande rätt anpassas för alla de särfall som kan uppkomma vid katastrofer bedöms inte som genomförbart. Ett sådant arbete bedöms kräva stora resurser och ta lång tid. Frågan är om det ens är rimligt eller lämpligt att alls försöka sig på en sådan ordning eftersom det sannolikt ändå kommer att uppkomma situationer som inte kan förutses och för vilka det krävs föreskrifter om undantag.

Utredningen anser att det även vid katastrofer, oavsett om de orsakas av fredstida händelser eller krig, är lämpligt att utgå från bestämmelser i gällande rätt. Det går dock inte att kräva att vården vid en katastrof ska utföra t.ex. undersökningar och behandlingar som det helt saknas förutsättningar att utföra. Det går inte heller att kräva tillhandahållande av t.ex. förbrukningsartiklar eller hjälpmedel som inte finns att tillgå. Det är inte heller en rimlig utgångspunkt att tro

att den allmänna vårdstandarden (bl.a. kvaliteten) ska kunna upprätthållas eller utvecklas i samband med en katastrof. I sådana situationer kommer vårdstandarden att sjunka och det kan också finnas behov av att övergå till andra vårdmetoder än de som normalt används. Ambitionen med de katastrofmedicinska arbetsätt som då krävs är att de medicinska behandlingsresultaten för det stora flertalet patienter så långt möjligt ska motsvara den nivå som gäller i vården vid ett normalläge.

Det är svårt att veta i vilka fall och i vilken omfattning olika bestämmelser kan vara omöjliga eller olämpliga att följa eftersom detta helt kommer att bero på omständigheterna. De omställningar av vården som kan bli nödvändiga för att kunna utföra vård som inte kan anstå, i samband med t.ex. katastrofer, kommer i vissa fall att medföra att annan mindre angelägen vård får stå åt sidan. Detta visar också erfarenheterna från coronapandemin.

Det är vid en katastrof inte längre möjligt att ens ge all vård som inte kan anstå med bibehållna kvalitetskrav. Krigshandlingar kan förstöra sjukhus och andra lokaler där vård utförs och det kan bli svår brist på olika produkter. Förhållandena inom en kommun eller region vid en katastrof kan skilja sig åt och på samma sätt kan förhållandena skilja sig åt mellan olika kommuner och regioner. En region kan vara drabbad av en katastrof som skiljer sig från en katastrof i en annan region. En vårdgivare kan ha problem som en annan vårdgivare inte har. Det kan i en region vara möjligt att upprätthålla normal vårdstandard och krav i gällande rätt för viss vård samtidigt som det inte är möjligt för annan vård.

Det är sammanfattningsvis mycket svårt att på ett enkelt sätt definiera eller förutse vad som vid en katastrof kan eller inte kan upprätthållas och det finns inte skäl att minska kraven mer än vad som är absolut nödvändigt. Det är därmed mycket svårt att exakt reglera på ett ändamålsenligt vis.

Ingen kan fullgöra det omöjliga

Omständigheterna vid en katastrof dikterar således i hög grad vad som är *möjligt* och det är givetvis inget alternativ att sluta ge vård till svårt sjuka eller skadade för att det saknas förutsättningar att upprätthålla samma kvalitet som i ett normalläge. Det är inte i alla lägen

möjligt att ge behövlig vård ens till alla som är svårt sjuka eller skadade, men den vård som är *möjlig* att ge ska ges. De omställningar av vården som är nödvändiga för att kunna utföra vård som inte kan anstå vid katastrof kommer i vissa fall att medföra att vård som ur ett medicinskt perspektiv kan anstå får stå åt sidan och det finns säkert en relativt utbredd förståelse för att den som har det största vårdbehovet, dvs. som regel de allra svårast sjuka och skadade, måste ges förtur till vård även i situationer med resursbrister. Om det är *möjligt* ska dock också vård som ur ett medicinskt perspektiv kan anstå utföras. Det är inte heller rimligt att i alla lägen upprätthålla vårdgarantier eftersom sådana garantier inte utgår från vad som är medicinskt motiverat. Inte heller framstår det som troligt att det alltid ska gå att upprätthålla exempelvis fria vårdval, rätten att välja behandlingsalternativ, hjälpmedel eller att få en ny medicinsk bedömning. Men givetvis bör patienters rätt att välja i nyss nämnda avseenden upprätthållas så långt möjligt och på samma sätt ska rätten till ny medicinsk bedömning upprätthållas.

Allmänna avsteg från bestämmelser med skyldigheter att erbjuda vård och upprätthålla vårdkvalitet bör accepteras först när det står klart att en katastrof inte kan hävas. Det måste vara tydligt för vårdens huvudmän, vårdgivare, vårdpersonal och medborgarna när avsteg från bl.a. gällande skyldigheter att erbjuda vård och vårdkvalitet får göras. Utredningen anser att det finns behov av att införa bestämmelser i HSL som säkerställer dels tydlighet om när avsteg får göras från centrala bestämmelser, dels att avsteg inte går utöver vad som är nödvändigt.

Genom de föreslagna bestämmelserna i avsnitt 5.3 kommer det att stå klart för regeringen eller den statliga myndighet som ska besluta om hjälp när en kommun eller region drabbats av en katastrof och om katastrofen kan hävas genom att kommuner och regioner lämnar hjälp. Det kommer också att stå klart om staten kan bidra med hjälp som medför att en katastrof kan hävas. Därmed finns förutsättningar att genom ett beslut tydliggöra var i landet som ett tillstånd av katastrof råder. Först när beslut om katastroftillstånd har fattats bör avsteg kunna ske från krav som annars är lämpliga att upprätthålla.

De skyldigheter att samverka i frågor om hjälp och att lämna uppgifter som behövs för beslut om hjälp som har föreslagits i avsnitt 5.3 bedöms således tillräckliga för att det ska vara möjligt att göra de bedömningar som krävs för olika beslut om katastroftillstånd. Det

ska dock noteras att om förslaget i avsitt 5.3 inte genomförs måste det på andra sätt säkerställas att den som ska besluta om katastroftillstånd har tillräcklig lägesuppfattning och beslutsunderlag för ett sådant beslut.

Ett beslut om katastroftillstånd ska inte gälla längre än nödvändigt. Sådana beslut bör endast tillåtas gälla till dess att det står klart att en katastrof har kunnat hävas och att situationen har stabiliserats. När förhållandena på nyss nämnt vis medger det bör regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer besluta att katastroftillstånd inte länge ska gälla. Ett beslut om katastroftillstånd måste gälla omedelbart och bedöms inte röra några civila rättigheter, varför det inte heller finns tvingande skäl att besluten ska kunna överklagas. Beslut om katastroftillstånd bör därför inte få överklagas.

Patientsäkerhet ska även vid katastrof upprätthållas i enlighet med de krav som gäller, men det är givet att bristande vårdresurser sätter gränser för vårdpersonalens möjligheter att ge olika adekvata behandlingar. Följsamhet till patientlagens bestämmelser bedöms upprätthållas genom tillsyn enligt PSL.

I PSL finns bestämmelser som är straffsanktionerade och bestämmelser som medför att sanktioner kan riktas mot bl.a. vårdgivare inom ramen för tillsynen. Vid överträdelser av straffsanktionerade bestämmelser som beror på en katastrof kommer bestämmelser om ansvarsfrihet att vara särskilt aktuella (se avsnitt 13.1). På samma sätt kommer proportionalitetsbedömningar att få stor betydelse vid sådan bristande följsamhet till bestämmelser i PSL som beror på en katastrof. Utredningen har övervägt om särskilda bestämmelser behöver införas i patientlagen och i PSL för att anpassa lagen till vad som kan ske vid katastrofer, men konstaterar att det inom ramen för den tillsyn som ska bedrivas enligt PSL redan ankommer på Inspektionen för vård och omsorg att göra bedömningar av om en överträdelse med hänsyn till en proportionalitetsbedömning innebär att det inte finns skäl att vidta åtgärder. Bestämmelser i HSL om katastroftillstånd skulle också ge tillsynsmyndigheten en tydlig gräns att förhålla sig till vid tillsyn. Enligt utredningens bedömning medför gällande krav på proportionalitetsbedömningar och bestämmelser om allmänna grunder för ansvarsfrihet, som även gäller inom det specialstraffrättsliga området, att det inte finns behov av särskilda bestämmelser i patientskadelagen och i PSL.

Beredskapslägen och frågor om katastrofläge och katastroftillstånd

Som redovisats i avsnitt 3.5.5 tillämpar regionerna ett system med olika beredskapslägen för hälso- och sjukvården. Dessa benämns stabsläge, förstärkningsläge och katastrofläge. Som framhållits i avsnitt 4.2.3 innebär begreppet katastrofläge vissa problem i förhållande till begreppet katastrof. I det ovanstående föreslår utredningen att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer i vissa fall ska besluta att katastroftillstånd gäller i den drabbade kommunen eller regionen. Begreppet katastroftillstånd bygger på den definition av begreppet katastrof som utredningen valt att använda och som avser en situation då hälso- och sjukvårdens resurser är otillräckliga för att utföra vård som inte kan anstå med normala kvalitetskrav och det inte heller är möjligt att inom kort tillföra de nödvändiga resurserna. Det rör sig således om situationer där det finns en allvarlig fara för liv och hälsa.

Utredningen kan konstatera att det finns en risk för sammanblandning mellan de två begreppen katastrofläge och katastroftillstånd då båda avser en viss situation. Som framgår av avsnitt 4.2.3 anser utredningen att begreppet katastrofläge är missvisande i dess nuvarande användning. Utredningen anser att begreppet katastrofläge kan bli än mer missvisande i förhållande till begreppet katastroftillstånd. Utredningen bedömer mot ovanstående bakgrund att det finns skäl för regionerna att överväga om begreppet katastrofläge helt kan utmönstras som namn ur systemet med beredskapslägen i hälso- och sjukvården.

Utredningens förslag

Mot ovanstående bakgrund föreslår utredningen att det i HSL ska införas bestämmelser som innebär att följande. Om en kommun eller region har drabbats av en katastrof och det inte med stöd av de bestämmelserna som föreslås i avsnitt 5.3 om skyldighet för kommuner och regioner att hjälpa varandra vid katastrofer i vården eller på andra sätt är möjligt att ge den hjälp som krävs för att häva katastrofen, så ska regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer besluta att katastroftillstånd gäller i den drabbade kommunen eller regionen. När förhållandena medger det ska regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer besluta att katastroftillstånd

inte länge ska gälla. Beslut om katastroftillstånd ska inte få överklagas. Befinner sig en kommun eller region i ett katastroftillstånd ska, utan hinder av övriga bestämmelser i HSL, kommunen eller regionen erbjuda den hälso- och sjukvård som är möjlig att erbjuda och så långt det är möjligt även fullgöra övriga åligganden som följer av HSL. Vårdgivare som bedriver verksamhet i en kommun eller region där katastroftillstånd råder ska tillse att normala kvalitetskrav och behandlingsresultat upprätthålls så länge som detta är möjligt.

14 Konsekvenser av utredningens förslag

I detta kapitel redovisas och sammanställs, i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474) och utredningens direktiv, de kostnader och konsekvenser som följer av utredningens förslag. Utgångspunkten är utredningens övergripande bedömning att ansvaret för hälso- och sjukvårdens beredskap behöver både förtydligas och stärkas i flera delar.

För att kunna bedöma omfattningen av konsekvenserna av de lämnade förslagen beskriver vi ett utgångsläge, ett nollalternativ. I nollalternativet genomförs inga förslag till förändringar av nuvarande utformning av och förmåga till beredskap. Utredningen utgår från att även dagens utformning av hälso- och sjukvårdens beredskap är behäftad med en rad samhällskonsekvenser, inte sällan i form av kostnader. Det gäller till exempel när brister i beredskapen leder till ett högre antal döda eller skadade personer vid olyckor som resulterar i förlorade levnadsår som hade kunnat undvikas. Förlorade levnadsår och nedsatt arbetsförmåga innebär, förutom mänskligt lidande, bland annat produktionsbortfall i samhällsekonomin.

Disposition av kapitlet

I avsnitt 14.1 beskrivs de kostnader som utredningen uppskattar är förenade med de brister som finns i dag avseende hälso- och sjukvårdens beredskap.

Avsnittet 14.2.1 beskriver utredningens övergripande resonemang hur utredningens förslag kan finansieras. I 14.2.2 redovisas de utgångspunkter som utredningen antagit vad gäller beräkning av kostnader till följd av utredningens förslag. I avsnitten 14.3 till 14.11 redovisas konsekvenser av förslag som beskrivs mer utförligt i tidigare kapitel.

Varje förslag som utredningen lägger har prövats mot alternativa utformningar och mot alternativet att inte lägga något förslag till förändring.

I avsnitt 14.11 redovisas också sammanställda konsekvenser utifrån olika aktörer eller aspekter. I avsnitt 14.12 finns en samlingstabell över utredningens samtliga förslag och vilka kostnader de innebär, i samma avsnitt beskriver vi hur dessa kostnader föreslås finansieras.

14.1 Kostnader för brister i dagens beredskap – utredningens nollalternativ

Utredningens förslag syftar alla till att skapa bättre förutsättningar för beredskap än i dag och innebär därmed i vissa delar ökade kostnader. Dessa kostnader behöver ställas i relation till kostnader förknippade med dagens system och beredskap inom hälso- och sjukvården. Avsnittet 14.1.1 innehåller därför en beskrivning av vårt nollalternativ. Nollalternativet består av exempel på de kostnader och konsekvenser som är förknippade med dagens utformning av, och förmåga till, beredskap att hantera händelser med många skadade.

Konsekvenserna av hälso- och sjukvårdens beredskap blir oftast tydliga först när en kris uppstår eller vid övningar där ledningsstrukturer och sjukvårdens förmåga att hantera kriser prövas. Utredningen har inte kunnat finna några tidigare sammanställningar av vilka kostnader som är förknippade med brister i ledningsstruktur eller förmåga att hantera kriser i hälso- och sjukvården. Dels beror detta sannolikt på att det inträffar få riktigt allvarliga händelser i Sverige, dels på att det är svårt att kvantifiera dessa kostnader. Utredningen har därför använt sig av resultat och detaljerade data från katastrofmedicinska övningar, bland annat övningen TYKO¹, som Socialstyrelsen genomförde på uppdrag av regeringen, för att beräkna och synliggöra kostnader.

De metoder utredningen använt för att beräkna kostnaderna förknippade med dagens beredskap redovisas närmare i avsnitt 14.1.1. Eftersom de övningar utredningen utgått ifrån inte utformats för att också mäta ekonomiska konsekvenser har utredningen inte kunnat

¹ Socialstyrelsen (2016) *Hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera en allvarlig händelse med många skadade, Erfarenheter och lärdomar av Övning TYKO*.

kartlägga samtliga kostnader som uppkommer i nollalternativet, utan lyfter fram exempel på kostnader.

14.1.1 Besparingar till följd av undvikbara kostnader – övning TYKO – nollalternativet

Socialstyrelsen fick år 2016 i uppdrag av regeringen att genomföra en övning av en händelse med många skadade. Det övergripande syftet med övningen var att pröva och utvärdera förmågan till samverkan och samordning hos hälso- och sjukvårdens aktörer på regional och nationell nivå.

Socialstyrelsen riktade förfrågan till Katastrofmedicinskt centrum i Region Östergötland om att genomföra en simuleringsövning med fokus på nationell inriktning och samordning av hälso- och sjukvård. Övningen genomfördes i april 2016 och utspelade sig i realtid. Händelsen omfattade en allvarlig tågolycka i Örebro län med stort skadeutfall inklusive brännskador. Övningen fick namnet TYKO.

Utredningen har använt resultatet av övningen TYKO för att beräkna de undvikbara kostnader som skulle drabba samhället vid en verklig händelse. Resultatet av beräkningarna är tänkt att kunna sättas i relation till insatser som kan minska de undvikbara kostnaderna som kan uppnås genom exempelvis mer planering, utbildning, fler och systematiska övningar eller bättre samverkan. Utredningens beräkningar har utgått ifrån *antalet undvikbara dödsfall* samt *antalet undvikbara komplikationer* som uppstod till följd av felaktiga beslut eller otillräckliga resurser under övningen.

Metod

De beräknade hälso- och sjukvårdskostnaderna utgör direkta kostnader. I dessa ingår resursförbrukning och kostnader för utförd vård. Utredningen har även uppskattat de indirekta kostnaderna, dvs. kostnader som drabbar samhället i form av produktionsbortfall när människor dör en för tidig död eller blir skadade och inte kan bidra i samhällsekonomin. Humankapitalmetoden är den vedertagna metod som normalt används för att beräkna produktionsbortfall. Metoden grundar sig i ett antagande om en perfekt marknad där marginalproduktion är lika med marginalintäkt det vill säga att lönen perfekt

motsvarar värdet av vad individer kommer att producera. Lön och sociala avgifter blir därmed det värde som sätts på varje förlorad arbetstimme. Kostnader för sjukersättningen (tidigare sjukpensionen) och andra ersättningar anses, enligt metoden, inte spegla värdet av produktionsbortfallet utan är transaktioner inom systemet. Indirekta kostnadsberäkningar är grundade i teoretiska antaganden och har inte som mål att illustrera transaktioner som sker inom eller till statsbudgeten eller förändringar i skatteunderlaget.

Kostnader för undvikbara dödsfall

Utredningen konstaterar att 50 dödsfall bedömdes vara undvikbara i övning TYKO. Det är dödsfall som genom andra insatser än de som genomfördes hade kunnat förhindras. Utredningen har utifrån uppgifter om individernas ålder kunnat beräkna produktionsbortfallet som dödsfallen inneburit. För att få ett mer rättvisande resultat har bortfallet justerats med hjälp av sysselsättningsgraden för varje individ sett över tid. Produktionsbortfallet har beräknats tidigast från 18 års ålder fram till pensionsåldern som antagits vara 65 år. De sysselsättningsgrader som utredningen har använt är genomsnittet för åren 2001 till och med 2021 från SCB (se tabell 14.1).

Tabell 14.1 Genomsnittlig sysselsättningsgrad per ålderskategori i Sverige år 2001–2021

Sysselsättningsgrad	Procent
15–19 år	23 %
20–24 år	60 %
25–34 år	82 %
35–44 år	88 %
45–54 år	87 %
55–64 år	72 %
65–74 år	14 %
65–74 år	14 %

Källa: SCB.

Storleken på produktionsbortfallet baseras på Sveriges medelinkomst (36 100 kronor), som inklusive socialavgifter (37 procent) blir 49 457 kronor i månaden och har beräknats för de förlorade levnads-

åren från faktisk ålder vid dödstillfället i övningen fram till Sveriges statistiska medellivslängd, 82 år. Olyckan antogs ha inträffat år 2021 och framtida kostnader har diskonterats med en ränta på 3 procent per år.

Beräkningarna visar att det finns en möjlig samhällsvinst på 2 653 förlorade levnadsår och därmed en indirekt samhällskostnad på 484 miljoner kronor i form av produktionsbortfall som hade kunnat undvikas.

Kostnader för undvikbara komplikationer

Antalet undvikbara komplikationer bedömdes vara 21 stycken och kostnader har estimerats utifrån MSB:s rapport: *Samhällets kostnader för vägtrafikolyckor*². Rapporten redovisar kostnaden för samtliga vägskadefall under år 2005 och dess efterföljande kostnader. Utredningen har utgått från ett medelvärde av gruppindelningen allvarliga skador i rapporten och utifrån detta beräknat kostnaden per patient för respektive kategori och sedan multiplicerat med antal individer med en undvikbar komplikation.

De kostnader som redovisas beräknas över en period om 8 år efter olyckan, och redogör för resursförbrukningen och dess kostnader inom slutenvård, öppenvård samt vård i hemmet. Även för dessa fall beräknas den indirekta kostnaden till följd av produktionsbortfall enligt samma metod som tidigare beskrivits.

Utredningen har gjort antagandet att överlevande individer beräknas ha en konstant nedsatt arbetsförmåga på 30 procent. Antagandet grundar sig i uppföljningsstudien³ som redovisas i MSB:s rapport där det konstateras att 30 procent av de allvarligt skadade individer som var i arbetsför ålder blev långvarigt frånvarande från arbete.

² Myndighetens för samhällsskydd och beredskap (2009): *Samhällets kostnader för vägtrafikolyckor – beräkningar* (MSB 0048-09).

³ Trawén A., Maraste P., Persson U. International comparison of costs of a fatal casualty of road accidents in 1990 and 1999. *Accid Anal Prev.* 2002 May;34(3):323–32. doi: 10.1016/S0001-4575(01)00029-x. PMID: 11939361.

Sammanställning av undvikbara kostnader

Den totala undvikbara kostnaden till följd av *undvikbar död* samt *undvikbar komplikation* redovisas i tabell 14.2 nedan.

Tabell 14.2 Undvikbara kostnader till följd av komplikationer och dödsfall under övningen TYKO

Kronor

Resurs	Kostnad
Kostnaden för slutenvård till följd av skador	1 604 688
Kostnaden för läkarbesök inom öppenvård under det första året efter skadan	325 845
Kostnaden för framtida behandling inom öppenvård 8 års uppföljning.	1 311 252
Kostnaden för rehabilitering i öppenvården under första året	357 950
Kostnaden för rehabilitering i öppenvården underföljande 8 år	1 907 605
Kostnaden för vård i hemmet	2 235 320
Produktionsbortfall till följd av undvikbar komplikation	61 744 948
Produktionsbortfall till följd av undvikbart dödsfall	483 509 210
Summa	552 996 817

Källa: Egna beräkningar, undvikbara komplikationer baserat på resultat från *Myndighetens för samhällsskydd och beredskap (2009): Samhällets kostnader för vägtrafikolyckor – beräkningar (MSB 0048-09)*.

Resultatet utifrån utredningens antagande och ovan redovisade metoder visar på 2 592 undvikbara förlorade levnadsår samt en potentiell undvikbar kostnad på cirka 553 miljoner kronor.

Om övningar likt TYKO kan låta individer i hälso- och sjukvården och hos andra samverkande aktörer pröva sitt beslutsfattande och detta leder till att de vid verkliga händelser fattar mer korrekta beslut kan det leda till lägre samhällskostnader. Om exempelvis kostnaden för att en övning likt TYKO uppgår till två miljoner kronor och 20 procent av de ovan redovisade kostnaderna hade gått att undvika till följd av övning, kan 55 övningar i storleken av TYKO genomföras och ändå anses vara en kostnadsneutral investering ur ett samhällsperspektiv.

En olycka i paritet med TYKO händer sällan, men resultatet ovan kan användas för att generalisera undvikbara kostnader även för mindre olyckor. Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att stora bussolyckor inte är helt ovanliga i Sverige. De orsakar så många skadefall att de ofta räknas som ”stor olycka” eller katastrof, speciellt eftersom de har en tendens att inträffa i glesbygd och vintertid. Under den period som Socialstyrelsens rapport utvärderade inträffade det i genomsnitt en sådan olycka per år.¹ Som exempel under senare år finns bl.a. bussolyckan utanför Sveg år 2017.

Preventiva insatser kan i många fall bedömas vara kostnadseffektiva. Men samhällets resurser är knappa och samhällets behov oändliga. Där av ställs preventiva insatser mot behandlande insatser. En åtgärd som genererar mer hälsa till en lägre kostnad kallas för kostnadsbesparande. En åtgärd definieras som kostnadseffektiv om värdet av åtgärdens hälsovinst i förhållande till den extra kostnaden bedöms som rimlig.

Förberedande insatser kan också vara svåra att utvärdera. Ofta är det lång tid mellan insats och effekt och ibland är hälso- och sjukvården endast en av många involverade aktörer. Likt många andra insatser som förbättrar samhällets krisberedskap uteblir samhällsvinsten om de negativa händelserna aldrig inträffar. Men för att förhindra större framtida kostnader behövs kostnadseffektiva förberedande insatser som exempelvis att övning och utbildning implementeras i dag.

¹ Socialstyrelsen (2010): *Stora busskrascher i Sverige 1997–2007* (Kamedo-rapport 94), s. 3.

14.2 Finansieringsansvaret är otydligt

Regeringen har konstaterat att krisberedskapsarbetet utgör grunden för arbetet med det civila försvaret. Regeringen har vidare framhållit, i likhet med Försvarsberedningen, att ett starkt totalförsvaret bidrar till att förstärka den fredstida krisberedskapen. Arbetet med krisberedskap och totalförsvaret blir därför ömsesidigt förstärkande.² Sveriges krisberedskapssystem brukar beskrivas genom de grundläggande principerna ansvars-, närhets- och likhetsprincipen och geografiskt områdesansvar. Ansvaret för krisberedskapen, och finansieringen av denna, åvilar i huvudsak de aktörer som ansvarar för verksamheterna i vardagen.

Som utredningen redogjort för i delbetänkandet Hälso- och sjukvård i det civila försvaret³ samt i avsnittet 4.5 i detta betänkande, föreligger otydligheter i de krav som riktats mot sjukvårdshuvudmän och vårdgivare. Det är dessa krav som bygger upp den grund regeringen hänvisar till när totalförsvaret ska bygga på krisberedskapen. När det är otydligt vilken grundläggande förmåga till krisberedskap som ska finnas hos sjukvårdshuvudmännen finns en risk att alla former av förtydliganden av kraven uppfattas som nya eller mer långtgående krav som ska hanteras i enlighet med finansieringsprincipen. I korthet innebär det att de ska finansieras av staten. Detta riskerar att försvåra uppbyggnaden av krisberedskapen och därmed också den grund som totalförsvaret ska vila på.

Enligt utredningens bedömning i avsnitt 4.5 finns goda skäl att undanröja varje oklarhet kring finansieringsansvar och detta bör lämpligen ske genom ändringar av ersättningsbestämmelsen i lagen (2006:544) om kommuners och regionernas åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, i det följande förkortad LEH. I samband med sådana ändringar kan nya och mer klagörande förarbeten skrivas. Bestämmelsen om statlig ersättning till kommuner och regioner i LEH bör således ändras.

Regionernas arbete med katastrofmedicinsk beredskap utgår från hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), i det följande förkortad HSL. Hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs utifrån HSL är kommunernas och regionernas ansvar. HSL gäller i hela hotskalan, dvs. även i

² Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30), s. 127.

³ Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning (SOU 2020:23) s. 212.

krig. Det kan dock konstateras att oklarheterna avseende ersättning mellan vad som kommer av HSL och av LEH kvarstår.

Det är inte tydligt hur centrala myndigheter finansierar åtgärder för att upprätthålla och förbättra beredskapen

Myndigheternas arbete med att upprätthålla och förbättra krisberedskapen ska huvudsakligen finansieras inom ramen för myndigheternas ordinarie anslag. Utredningen gör iakttagelsen att myndigheterna överlag har svårt att redovisa sina kostnader för beredskapsinsatser. En annan svaghet som utredningen konstaterar är att finansieringen av t.ex. Socialstyrelsens beredskap inte ligger som förvaltningsanslag utan som särskilda regeringsuppdrag som över tid tillsammans skapar en form av löpande finansiering. Att finansiera myndigheternas beredskapsarbete med tillfälliga tillskott har inte sällan negativa sidoeffekter, bland annat försvåras långsiktig planering och möjligheter för myndigheterna att tillvarata resultaten så att avsedda effekter kan tillvaratas och vidareutvecklas.

Riksrevisionen konstaterade i en granskning av anslag 2:4 år 2021 att tillfälliga projektmedel numera utgör en mer eller mindre permanent delfinansiering av länsstyrelsernas grundläggande krisberedskapsarbete. Riksrevisionen konstaterade också att det finns en stor risk för att projektbidrag från statsbudgetens anslag 2:4 Krisberedskap går till verksamhet som egentligen ska finansieras av myndigheternas ordinarie anslag. Riksrevisionen konstaterade vidare att det inte med säkerhet går att utreda hur de centrala myndigheterna totalt sett finansierar de åtgärder som krävs för att upprätthålla och förbättra beredskapen. Många åtgärder som myndigheterna vidtar kan bidra till beredskapsförmåga, men de vidtas i första hand av andra anledningar. Dessa åtgärder redovisas i normalfall inte som kostnader för beredskap. Riksrevisionen gör därför bedömningen att det inte går att säkerställa att anslagsmedelen inte går till sådant som ska finansieras inom myndigheternas ordinarie verksamhet. Tvärtom finns det många tecken på att många myndigheter huvudsakligen finansierar sitt arbete med hjälp av projektbidrag från 2:4 medel.⁴

Beredskapsförmågan ska dock huvudsakligen finansieras inom ramen för myndigheternas ordinarie anslag. Finansieringen av kris-

⁴ Riksrevisionen, *Projektbidrag från anslag 2:4 krisberedskap – ett styrmedel med utmaningar* (RiR 2021:7).

beredskapen kan under vissa förutsättningar och under en begränsad period även ske via anslag 2:4 Krisberedskap. En sammanställning över beviljade externa projekt finansierade med 2:4 medel för 2014 som Statskontoret har gjort visar att cirka 40 procent av projekten är treåriga, cirka 30 procent är tvååriga och cirka 30 procent är ettåriga⁵.

I budgetpropositionen för 2010 angav regeringen följande två principer för hur medel från anslag 2:4 får användas⁶:

- Anslaget ska inte användas för att finansiera kostnader för den operativa hanteringen av en pågående kris eller dess konsekvenser.
- Anslaget bör endast finansiera direkta merkostnader för åtgärder och inte exempelvis kostnader för administration och löner.

Enligt regeringens skrivningar i budgetpropositionen bör medlen kunna krävas tillbaka om det i efterhand skulle visa sig att de utbetalda medlen inte använts i enlighet med finansieringsprinciperna.

Med grund i ovanstående har det varit svårt för utredningen att utvärdera hur beredskapen som helhet finansieras i dag. Det gör det svårt för utredningen att bedöma möjligheterna till finansiering av tillkommande uppdrag inom befintliga anslag eller i vilken grad de behöver utökas. Utredningen anser att det är angeläget att myndigheter och regioner och kommuner redogör för de investeringar som görs för att stärka beredskapen på en mer detaljerad ekonomisk nivå i framtiden. En mer detaljerad information kan säkerhetsställa att investeringar går dit behovet är som störst samt de områden som medlen var ämnade för. Samt möjliggöra en tydlig kartläggning av vilka investeringar som gjorts samt vart det finns investeringsluckor. Vilket ökar sannolikheten att statens finanser används på ett kostnads-effektivt sätt där behovet och effekten är som störst. Samt att risken för dubbelfinansiering via olika finansieringsvägar minskar.

Finansiering av hälso- och sjukvården och den kommunala finansieringsprincipen

Hälso- och sjukvårdsområdet är till största delen skattefinansierat. Regioner och kommuner är enligt hälso- och sjukvårdslagen huvudmän för hälso- och sjukvård. De ska finansiera sin verksamhet genom

⁵ Mer krisberedskap för pengarna? MSB:s hantering av anslag 2:4 (2014:6).

⁶ Riksrevisionens rapport om projektbidrag från anslag 2:4 Krisberedskap.

att ta ut skatt.⁷ 80 procent av hälso- och sjukvårdens verksamhet finansieras via skatt och avgifter. Därutöver ger staten kommuner och regioner både generella och riktade statsbidrag, vilket utgör de övriga 20 procent av finansieringen av hälso- och sjukvården.⁸ I statens budget finns medel för Hälsovård, sjukvård och social omsorg under utgiftsområde 9. Regionerna har bl.a. kostnadsansvaret för läkemedel och andra varor som ingår i läkemedelsförmånerna men får ersättning från staten för sådana kostnader. De generella statsbidragen finns på statens budget under utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner. Eftersom ansvaret för hälso- och sjukvårdsområdet åligger regioner och kommuner följer också att den kommunala finansieringsprincipen ska tillämpas när staten tillför kommunsektorn nya och obligatoriska uppgifter.

Den kommunala finansieringsprincipen har tillämpats sedan år 1993 och innebär att staten inte ska ålägga kommuner och regioner nya obligatoriska uppgifter utan att ge dem adekvat finansiering. Syftet med den här ekonomiska regleringen är att tydliggöra gränsen mellan det statliga och kommunala ansvaret och att skapa likvärdiga förutsättningar för kommuner. Den kommunala finansieringsprincipen tillämpas när:

- Frivilliga uppgifter blir obligatoriska.
- Nya uppgifter görs obligatoriska.
- Det kommunala ansvaret tas bort eller verksamheten avregleras.
- Staten ändrar ambitionsnivån för befintliga kommunala uppgifter.

Finansieringsprincipen tillämpas även när kommunernas och regionernas möjligheter att ta ut avgifter påverkas. Vissa verksamheter inom hälso- och sjukvården finansieras delvis genom avgifter. Exempelvis finansieras stora delar av Läkemedelsverkets och E-hälsomyndighetens verksamheter genom avgifter från bl.a. läkemedelsföretag och apotek. Avgifterna tas ut med stöd av bestämmelser i många olika författningar. Eftersom hälso- och sjukvården till största del är offentligt finansierad leder avgiftsökningar för företagen i många fall i sin tur till direkta ökade kostnader för det offentliga som till största del betalar för bl.a. läkemedel och medicintekniska produkter, samt even-

⁷ 14 kap. 4 § regeringsformen.

⁸ Räkenskapssammandrag för kommuner och regioner, SCB, 2020.

tuellt indirekta kostnader så som exempelvis ett behov av höjd handelsmarginal för apoteken.

14.2.1 Utredningens bedömning hur beredskapen i hälso- och sjukvården kan finansieras

Sammanfattningsvis kan utredningen konstatera att det finns oklarheter när det gäller finansieringsansvaret för beredskapen. Nedan sammanfattar vi utredningens bedömning av ansvaret för finansieringen för staten såväl som för kommuner och regioner.

Utredningens utgångspunkter för finansiering

Som redogjorts tidigare i detta avsnitt är utgångspunkterna för finansiering av krisberedskap och totalförsvaret att:

- Kommuner och regioner ska bekosta den normala verksamheten.
- Kommuner och regioner i huvudsak ska bekosta krisberedskapen utifrån vad som framkommer ifrån de krav som finns i hälso- och sjukvårdslagen samt LEH.
- Totalförsvaret bygger på krisberedskapen men totalförsvaret och krisberedskap är ömsesidigt förstärkande.
- Beredskapen i tillämpliga delar ska finansieras genom avgifter.

Utredningen har uppfattat att det inom ramen för arbete med totalförsvaret för åren 2021–2025 utifrån utredningens tidigare underlag fanns medel avsatta för sådana satsningar som syftar att nå totalförsvareffekt. Detta avspeglas i att regeringen för utgiftsområde 9 har avsatt 450 miljoner kronor år 2021 i syfte att stärka och vidareutveckla motståndskraften i hälso- och sjukvården i enlighet med vad som framgår av propositionen Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30). Därefter är regeringens inriktning en stegvis förstärkning som omfattar 600 miljoner kronor år 2022, 1 100 miljoner kronor år 2023, 1 000 miljoner kronor år 2024 och 1 050 miljoner kronor år 2025⁹.

Utredningen bedömer även att det inom ramen för arbetet med kommande totalförsvarspropositioner för åren 2026–2030 och 2031–

⁹ Prop. 2020/21:1 Utgiftsområde 9, s. 58.

2035 behöver skapas medel för finansieringen av detta slutbetänkandes förslag. Beräkningarna av förslagen i betänkandet gäller därför tidsperioden från år 2023 fram till och med år 2035.

I budgetpropositionen för år 2022 föreslår regeringen att ytterligare 500 miljoner kronor per år tillförs från och med år 2024 för det fortsatta arbetet med att stärka försörjningsberedskapen inom hälso- och sjukvården. Detta med anledning av att denna utredning i mars 2021 lämnade sitt andra delbetänkande En starkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19). Regeringen angav att den avser att genomföra en rad åtgärder för att stärka systemet för försörjning med hälso- och sjukvårdsmateriel och läkemedel. Av budgetpropositionen för år 2022 framgår även att regeringen föreslår att 200 miljoner kronor anslags sparas från år 2021 till år 2022.

Regeringen har i överenskommelse med SKR fastslagit att ovanstående¹⁰ medlen tilldelas regionerna inom ramen för överenskommelsen för år 2022. Medel inom ramen för överenskommelsen avseende åren 2023–2025 kommer att beslutas i särskilda regeringsbeslut under förutsättning att riksdagen beviljar medel. Utredningen anser att detta kommande riksdagsbeslut även bör ta höjd för de medel som ska gå till regionerna enligt nedanstående förslag i detta betänkande.

I budgetpropositionen för år 2022 utgår cirka 1,3 miljarder kronor till utgiftsområde 6 som fördelas via MSB från anslaget 2:4 Krisberedskap, varav 400 miljoner kronor till 43 myndigheter och länsstyrelser för olika utvecklingsprojekt.

För åren 2023 och 2024 beräknas anslaget till cirka 1,5 miljarder kronor respektive cirka 1,8 miljarder kronor.

Regeringen bemyndigas även att under år 2022 för anslaget 2:4 Krisberedskap besluta om avtal och beställningar av tjänster, utrustning och anläggningar för beredskapsåtgärder samt åtgärder för att hantera allvarliga extraordinära händelser som inklusive tidigare åtgärderna medför behov av framtida anslag på högst 1,9 miljarder kronor 2023–2028.

I 14 § kommittéförordningen (1998:1474) anges att om förslagen i ett betänkande påverkar kostnaderna eller intäkterna för staten, kommuner, regioner, företag eller andra enskilda, ska en beräkning av dessa konsekvenser redovisas i betänkandet. Om förslagen innebär samhällsekonomiska konsekvenser i övrigt, ska dessa redovisas.

¹⁰ Hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar 2022 – Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.

När det gäller kostnadsökningar och intäktsminskningar för staten, kommuner eller regioner, ska kommittén föreslå en finansiering.

Utredningen menar därmed att delar av utredningens förslag ska finansieras utifrån äskade medel i kommande totalförsvarspropositioner 2026–2035. Vad gäller de delar som avser hälso- och sjukvårdens förmåga i vardagen och förstärkandet av krisberedskapen ska detta enligt de grundprinciper som föreligger i huvudsak bekostas av kommuner och regioner själva.

Eftersom kraven på krisberedskapen i dag är otydliga, får det till konsekvens att totalförsvaret därmed riskerar att inte kunna bygga på den grund som de allmänna principerna förutsätter. Utredningen har därför valt att föreslå regeländringar. Genom finansieringsprincipen ska dessa ökade krav då finansieras av staten i de fall ett tydligt ansvar saknas.

14.2.2 Utgångspunkter som utredningen antagit vid beräkning av kostnader

Alla kostnadsuppgifter i detta kapitel är baserade på uppgifter från tiden före år 2021 och är omräknade till svenska kronor i 2021 års prisnivå med hjälp av den metod som rekommenderas av The Cochrane and Campbell Economic Methods Group. Enligt nationalekonomisk teori, baserat på samhälleliga tidspreferenser, ges framtida kostnader och effekter ett lägre värde. Justeringen görs enligt principen om nettovärde, till en ränta på tre procent.

Vid beräkning av kostnader för en årsarbetskraft inom statliga myndigheter har utredningen utgått från Ekonomistyrningsverkets (ESV) exempel på den genomsnittliga driftskostnaden per årsarbetskraft i statliga myndigheter. Driftskostnaden per årsarbetskraft beräknas till 1,4 miljoner kronor. I nyckeltalet ingår utöver kostnader för personal även kostnader för lokaler samt övriga driftskostnader. Detta nyckeltal har använts vid beräkningarna av de förändringar av myndigheternas anslag som blir följden av utredningens förslag som berör årsarbetskrafter inom myndigheter.¹¹ Utredningen har valt att använda samma kostnad för årsarbetskraft för kommuner och regioner samt lärosäten.

¹¹ Slutbetänkande av Utredningen om civilt försvar (SOU 2021:25).

Vid beräkningar av produktionsbortfall har utredningen utgått från humankapitalmetoden och likställt varje förlorad arbetstimme med kostnaden för lön inklusive socialavgifter. Lönestatistiken baseras på SCB:s offentliga lönestatistik.

14.3 Planering, ledning och samordning av hälso- och sjukvård vid fredstida kriser och krig

Utredningen har i kapitel 4 identifierat ett antal brister avseende planering och samordning av betydelse för hälso- och sjukvårdens beredskap för fredstida kriser och krig. Utredningen lämnar därför i kapitel 5 flera förslag för att stärka ansvar, ledning och samverkan av hälso- och sjukvård i kris och krig. I detta avsnitt beskriver vi de konsekvenser som följer av dessa förslag.

14.3.1 Bestämmelser om planering

Utredningen föreslår i avsnitt 5.1 att det ska införas nya planeringsbestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen, i det följande förkortad HSL; och att nuvarande bestämmelse om att regionen även ska planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls ska utgå ur lagen.

Gällande planeringsbestämmelser i HSL måste betraktas mot bakgrund av att kommuner och regioner är skyldiga att i alla lägen erbjuda befolkningen den medicinskt motiverade vård som de behöver. Hälso- och sjukvården ska givetvis också bedrivas i enlighet med de andra rättsliga krav som gäller för hälso- och sjukvård. Kraven på planering i HSL och i andra författningar måste läsas med denna utgångspunkt. Detta gäller exempelvis bl.a. planeringsbestämmelserna som rör kommuner och regioner i HSL och i patientsäkerhetslagen. Utredningens bedömning är således att det inte går att se kraven på planering i nyss nämnda lagar på annat sätt än att de innebär att kommuner och regioner ska planera så att befolkningens kan erbjudas vård i ett normalläge, vid kris och vid krig och så att andra rättsliga krav följs.

De nya planeringsbestämmelserna ska innebära att kommuner och regioner vid planering av hälso- och sjukvård *särskilt ska beakta* behovet av att kunna hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt behovet av att hantera en katastrof i vården.

Bestämmelserna ska även innebära att kommuner och regionerna vid sin planering särskilt ska beakta behovet av gemensam planering mellan kommuner och regioner för att säkerställa en sammanhängande vårdkedja även vid händelser och situationer som nyss nämnts. Vidare ska behovet av att kunna hantera alla typer av händelser som allvarligt kan inverka på kommuner och regioners förutsättningar att fullgöra sina respektive skyldigheter att erbjuda en god hälso- och sjukvård och andra föreskrivna krav som gäller för hälso- och sjukvård särskilt beaktas vid planeringen.

Krav på planering i HSL måste vara övergripande. Det skulle inte ens vara möjligt att skapa uttömmande och detaljerade planeringsbestämmelser. De nya bestämmelser som föreslås betonar således i likhet med nu gällande bestämmelser endast vikten av vissa centrala utgångspunkter i den planering som måste ske för att hälso- och sjukvård ska kunna erbjudas och utföras i enlighet med alla de rättsliga krav som gäller för hälso- och sjukvård och dessa krav gäller även när det inträffar händelser eller uppkommer situationer som i gällande rätt eller lagförarbeten kan beskrivas som stor olycka, kris, krig, extraordinära händelser i fredstid eller mycket omfattande och svåra extraordinära händelser som allvarligt kan påverka kommunens respektive regionens verksamhet.

Det är givet att kommuner och regioner för att kunna fullgöra sina skyldigheter enligt lag måste planera sin verksamhet. De är också redan skyldiga att göra det. För att betrakta de planeringskrav som utredningen nu föreslår ska införas i HSL som nya åligganden för kommuner och regioner, måste det enligt utredningens bedömning vara fråga om krav som antingen är kopplade till nya åligganden för kommuner och regioner att erbjuda vård eller någon annan ny skyldighet som inte tidigare funnits eller krav som är ovidkommande för nödvändig planering och därför medför onödiga kostnader. Enligt utredningens bedömning är det inte fråga om nyss nämnda typ av krav och därmed finns inte heller skäl att lämna förslag till finansiering av de krav som föreslås. Att planering är förenat med kostnader är givet och kommunerna och regionerna har genom bl.a. sin beskattningsrätt de verktyg som behövs för att finansiera dessa kostnader.

14.3.2 Ytterligare föreskrifter om planering

Utredningen anser att det ska införas närmare föreskrifter om planering för att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt katastrofer. Föreskrifterna kan beslutas av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer. Utredningen lämnar också i 5.1.1. ett förslag till en ny förordning med sådana föreskrifter. Förordningen innebär att kommuner och regioner vid planering för händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt vid planering för en katastrof särskilt ska säkerställa att behovet av åtgärder på både kort och lång sikt beaktas vid samverkan och ledning, behovet av åtgärder för uthållighet, att det finns tillräckliga resurser för att hantera sådana händelser och att det är känt var dessa finns, behovet av samordning mellan kommuner och regioner för psykiatriskt och psykosocialt omhändertagande samt att kommunikation kan nå ut till alla grupper i samhället. Kommuner och regioner ska vidare i en plan fastställa hur samverkan och ledning av sjukvården på olika nivåer ska utövas vid händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt vid en katastrof. Av planen ska särskilt framgå hur samverkan ska ske med aktörer på lokal, regional och nationell nivå och hur samordning av verksamheter ska uppnås, vilka mandat för ledning och vilka mandat för samverkan som olika beslutande organ och enskilda tjänstemän har och en hänvisning till var dessa mandat ges eller finns dokumenterade, hur resurser och personal ska omdisponeras och hur resurser som inte finns omedelbart tillgängliga ska mobiliseras, och hur patienter vid behov skyndsamt ska kunna överföras mellan regioner och kommuner för vård.

De krav avseende planering som föreslås i förordningen bedöms motsvara krav som redan ställs på regioner genom Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap (SOSFS 2013:22). Några av de krav som finns i nämnda föreskrifter finns dock inte upptagna i förordningen och till viss del innebär de krav som ställs i förordningen att regioner får viss större frihet att välja hur de ska ordna sin ledning.

Nyss nämnda föreskrifter och allmänna råd tillämpas i dag inte på kommuner. Kommuner har för närvarande inte någon särskilt uttryckt skyldighet i HSL att ha en katastrofmedicinsk beredskap, men de har likväl en skyldighet att planera så att den hälso- och sjukvård som de ansvarar för kan upprätthållas i alla lägen. För att kommuner

ska kunna erbjuda den vård som de enligt HSL ska erbjuda även vid t.ex. en pandemi, en händelse som medför många sjuka, krävs planering. Även svårt sjuka patienter eller svårt skadade som kommunerna ansvarar för i olika verksamheter måste, i avvaktan på att en region kan ge den vård som de ansvarar för, få den vård som kommunerna kan ge. Kommuner måste på samma sätt som regioner säkerställa att vårdkedjor fungerar. Detta gäller såväl patienter som måste få vård som regionen ansvarar för som patienter som efter sådan vård återvänder till en kommun och som fortfarande är i behov av den vård som kommuner ansvarar för.

I offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) finns bestämmelser om myndigheters och vissa andra organs handläggning vid registrering, utlämnande och övrig hantering av allmänna handlingar (1 kap. 1 §). Vad som är en allmän handling framgår av 2 kap. tryckfrihetsförordningen. I förvaltningslagen (2017:900) finns bestämmelser med krav om dokumentation av uppgifter (27 §) och om dokumentation av skriftliga beslut (31 §). Bestämmelser som ställer krav på dokumentation finns också i mycket annan rättslig reglering som gäller för hälso- och sjukvården exempelvis säkerhetsskyddslagen (2018:585) där det bl.a. finns krav på dokumentation av säkerhetskyddsanalyser (2 kap. 1 §), i LEH som såvitt avser extraordinära händelser bl.a. ställer krav på att resultatet av arbetet ska värderas och sammanställas i en risk- och sårbarhetsanalys och om att det ska fastställas en plan för hur de ska hantera extraordinära händelser (2 kap. 1 §). Oavsett vilka rättsliga krav på dokumentation som redan följer av gällande rätt kan konstateras att den planering som krävs för hälso- och sjukvård inte kan genomföras utan skriftlig dokumentation, inte minst eftersom de som förväntas följa planen måste kunna ta del av den.

Mot bakgrund av vad som ovan anförts om krav i gällande rätt och mot bakgrund av att kommuner, utöver vad som följer av olika krav i gällande rätt, inte kan genomföra den planering som krävs för att säkerställa de krav som gäller för kommuners hälso- och sjukvård utan skriftlig dokumentation. Beträffande regioner kan tilläggas att de krav som införs i förordningen redan bedöms finnas i gällande rätt. Det bedöms inte uppkomma nya eller ökade kostnader för kommuners eller regioners planering genom de krav som ställs i den föreslagna förordningen. Det bedöms således inte heller finnas någon skyldighet för staten att finansiera nya eller ökade kostnader för planeringskrav i den föreslagna förordningen.

Skyldighet för kommuner och regioner att följa planeringsanvisningar

Utredningen föreslår i 5.1.2 att det ska införas bestämmelser i lag som innebär att kommuner och regioner ska vara skyldiga att följa planeringsanvisningar för totalförsvarets hälso- och sjukvård och utföra de särskilda åtgärder för sådan hälso- och sjukvård som staten har bestämt. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska besluta om sådana planeringsanvisningar och särskilda åtgärder. Kommuner och regioner ska också vara skyldiga att på begäran av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer lämna de uppgifter som behövs för planering av totalförsvarets hälso- och sjukvård. Kommuner och regioner ska dock inte vara skyldiga att vidta särskilda åtgärder som om inte staten också har lämnat den ersättning som krävs för planeringens och åtgärdernas genomförande.

Bedömningar av det säkerhetspolitiska läget, vilka militära hot som är aktuella och effekterna av dessa är inte en fråga som faller inom ramen för kommuner och regioners ansvar. Det är uppgifter som ankommer på staten. Kommuner och regioner ansvarar dock för att bedriva sjukvård även under krig. Det behövs därmed ett system som innebär att kommuner och regioner ges möjlighet att vidta åtgärder som krävs för att kunna bedriva sjukvård under sådana situationer.

Kommuner och regioner är redan skyldiga att vidta de förberedelser som behövs för verksamheten under höjd beredskap (3 kap. 1 § LEH). Detta är ett allmänt krav och det kan vara oklart vilka åtgärder som behöver vidtas. Kommuner och regioner omfattas även av tämligen omfattande rapporteringsskyldigheter som anges i LEH (2 kap. 9 § och 3 kap. 5 §). Vidare finns bestämmelser i 7 § lagen (1992:1403) om totalförvar och höjd beredskap som anger att vid höjd beredskap ska kommuner och regioner vidta de särskilda åtgärder i fråga om planering och inriktning av verksamheten, tjänstgöring och ledighet för personal samt användning av tillgängliga resurser som är nödvändiga för att de under de rådande förhållandena ska kunna fullgöra sina uppgifter inom totalförsvaret.

Som utredningen påpekat i kapitel 4 behövs ett tydligt sammanhängande system för planering av totalförsvaret. Kommuner och regioner ansvarar för samhällskritiska funktioner varav hälso- och sjukvård är en. Forsvarsmakten och MSB har tagit fram ett system för totalförvarsplanering som involverar bevakningsansvariga myndigheter.

Förslaget omfattar inte kommuner och regioner och det finns inte heller någon redogörelse för hur kommuner och regioner ska kunna knyta an till en sådan process.

Det är statens ansvar att uttrycka vilka behov som föreligger och vad som behöver uppnås inom totalförsvaret genom planeringsanvisningar och krav på åtgärder. Eftersom kommuner och regioner är självstyrande kan staten inte kräva att dessa ska utföra uppgifter om det inte finns stöd för det i lag. Även om det finns stöd för att kommuner och regioner ansvarar för hälso- och sjukvården i hela hotskalan och att de ska vidta förberedelser för höjd beredskap saknas krav på att de ska följa de av staten framtagna planeringsanvisningarna och genomföra sådana åtgärder som krävs.

Åtgärder som kommer av krisberedskapen ska enligt gällande principer i huvudsak finansieras av de som ansvarar för verksamheten. Åtgärder inom ramen för totalförsvaret finansieras däremot i huvudsak med medel från totalförvarsbesluten. Vilka åtgärder som behöver vidtas och därmed framgå av framtagna planeringsanvisningar kommer variera över tid och utgå ifrån de säkerhetspolitiska bedömningar och bedömningar av hotbilden som görs. Det är därmed inte möjligt för utredningen att avgöra vilka medel som ska avsättas för planering av totalförsvaret.

Ingen kommun eller region kan förväntas vidta åtgärder för att dimensionera för verksamhet som direkt kan hänföras till försvaret om inte åtgärderna också är finansierade. Det finns som redan framhållits vid flera tillfällen en otydlighet vad gäller var gränsen mellan krisberedskap och totalförsvaret går. Denna otydlighet riskerar att leda till svagheter i beredskapen.

Det utredningen föreslår är ett system för hur styrningen av planeringen och finansieringen ska gå till. Utredningen menar att staten måste kunna ge planeringsanvisningar och ställa krav på åtgärder som kommuner och regioner ska följa och utföra, men det är också staten som ska finansiera planering och åtgärder för totalförsvaret. Kommuner och regioner kan inte vara skyldiga att planera eller vidta åtgärder för totalförsvaret utan ersättning från staten.

Mot ovanstående bakgrund och med särskilt beaktande av de krav som redan finns i gällande rätt om rapporteringsskyldighet bedömer utredningen att det nu aktuella förslagen inte kommer att medföra några ökade eller nya kostnader för kommuner och regioner.

14.3.3 Nya och ändrade bemyndiganden

Utredningen föreslår i avsnitt 5.1.3 att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela de ytterligare föreskrifter som behövs för planering av hur händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka och katastrofer ska hanteras.

Bemyndigandet medför inte i sig några ökade kostnader eller andra ekonomiska konsekvenser för kommuner eller regioner. Förordning (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning innehåller bestämmelser som bl.a. ska säkerställa att förvaltningsmyndigheter under regeringen utreder vad föreskrifter eller allmänna råd får för kostnadsmissiga och andra konsekvenser. Vidare ska statliga myndigheter, kommuner, regioner, organisationer, näringslivet och andra som kostnadsmissigt eller på något annat betydande sätt berörs ska ges tillfälle att yttra sig i frågan och om konsekvensutredningen (4 §). Av förordningen (2014:570) om regeringens medgivande till beslut om vissa föreskrifter följer också att innan en förvaltningsmyndighet beslutar föreskrifter som vid tillämpningen kan få sådana effekter på kostnader för staten, kommuner eller regioner som inte är oväsentliga, så ska regeringens medgivande att besluta föreskrifterna inhämtas (2 §). Genom de nämnda förordningarna säkerställs bl.a. att ytterligare föreskrifter om planering konsekvens utreds i den omfattning som är nödvändig att regeringen neka medgivande till vissa föreskrifter. Om en föreskrift skulle medföra nya eller ökade kostnader för kommuner eller regioner aktualiseras finansieringsprincipen.

Med anledning av ovanstående bedömer utredningen att förslaget inte får några ekonomiska konsekvenser för kommuner eller regioner och om en föreskrift som meddelas med stöd av bemyndigandet skulle få sådana konsekvenser så ska de hanteras i samband med framtagandet av den aktuella föreskriften.

14.3.4 Ett beredskapsråd inom sektorn för hälso- och sjukvård samt omsorg

Utredningen föreslår i kapitel 5.2.1 att det ska införas bestämmelser i Socialstyrelsens instruktion som innebär att myndigheten ska inrätta ett beredskapsråd till vilket ledande befattningshavare i kommuner och regioner samt E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndig-

heten, Försvarsmakten och Läkemedelsverket inbjuds. Ordförande i beredskapsrådet ska vara Socialstyrelsens generaldirektör.

Rådet ska som beskrivs i avsnitt 5.4 utgöra en viktig länk mellan kommuner och regioner och staten i frågor som rör krisberedskap och totalförsvaret. Det finns stora beroenden mellan förmågan att hantera situationer med många skadade eller sjuka samt katastrofer och totalförsvarets behov. De statliga myndigheterna har här en viktig roll att stödja kommuner och regioner. Genom att det kan klaras ut vilket stöd från statliga myndigheter som kommuner och regioner ser behov av, utifrån t.ex. regionala risk- och sårbarhetsanalyser och planeringen enligt HSL, bidrar det till att de statliga myndigheterna kan genomföra sin planering.

Även andra av utredningens förslag berör indirekt beredskapsrådet, i avsnitt 5.1.2 föreslås t.ex. att Socialstyrelsen ska ta fram konkreta planeringsanvisningar för totalförsvaret och i avsnitt 5.2.2 att myndigheten ska arbeta aktivt med att sprida erfarenheter från inträffade händelser och övningar. Även slutsatser och behov utifrån dessa uppgifter behöver diskuteras i samverkan med kommuner och regioner vilket lämpligen kan ske inom ramen för beredskapsrådet. Vad rådets betydelse för planering har det särskilt belysts i avsnitt 5.4.

Socialstyrelsen ansvar även för internationella hjälpbehov avseende hälso- och sjukvård. Även dessa frågor behöver naturligtvis kunna diskuteras med ledande företrädare för regionerna. Både inför och under en händelse. Rådet kan också fungera som en plattform för att diskutera och redovisa dimensionering av åtgärder samt de slutsatser som statliga myndigheter dragit av nationella risk- och sårbarhetsanalyser och som har betydelse för hälso- och sjukvården.

Även om utredningen ser att de flesta av rådets uppgifter berör planeringsarbete så bör rådet även kunna utgöra ett samverkansforum i situationer med stora påfrestningar på hälso- och sjukvården i en eller flera regioner där behov av hjälp från staten eller mellan regioner aktualiseras.

Alla ovanstående uppgifter berör enligt utredningen beredskapsrådet på ett eller annat sätt och kommer sammantaget innebära att Socialstyrelsen får en ökad administration. Socialstyrelsen uppskattar att inrättandet av ett sådant råd innebär ökade kostnader för myndigheten motsvarande 4 miljoner kronor per år. Utredningen föreslår också att Socialstyrelsen får flera uppgifter som innebär att myndigheten behöver samla in information från kommuner och regioner

och förmedla den till andra statliga myndigheter, se även 14.3.6 och 14.3.7 nedan. Detta tillsammans med inrättandet av beredskapsrådet medför viss ökad administration för Socialstyrelsen. Utredningen föreslår därför att Socialstyrelsens förvaltningsanslag höjs med fyra miljoner kronor per år med start från år 2023 för att täcka administrationen för ett beredskapsråd, insamling av lägesbilder enligt 14.3.7 nedan (dock inte det tekniska systemet för sådan inrapportering) och beslut om hjälpbehov och katastroftillstånd enligt 14.3.6.

Även övriga bevakningsansvariga myndigheter på hälso- och sjukvårdsområdet och kommuner och regioner kommer vara tvungna att avsätta viss tid för deltagande i rådet. Det föreslås ingen uttrycklig skyldighet för dessa utan deltagande får anses utgöra ett led i den samverkan som behöver ske inom verksamhetsområdet enligt 8 § förvaltningslagen (2017:900). Det är svårt att i nuläget avgöra hur stor tid som rådet kommer ta i anspråk. Uppgifterna kommer växa fram efter hand och dess roll kan t.ex. öka om det införs beredskapssektorer i enlighet med Utredningen om civilt försvars förslag. Enligt utredningen är det inte rådet i sig som i huvudsak genererar uppgifter och därmed kostnader utan de uppgifter som behöver utföras och samverkas kring inom ramen för rådets verksamhet kommer av andra skyldigheter och bör då konsekvensbedömmas utifrån dessa. Det handlar bl.a. om kraven på planering för totalförsvaret och upprätthållandet av hälso- och sjukvården i stort. Myndigheternas uppgifter i dessa avseenden behöver dock finansieras i deras ordinarie anslag. Genom att Socialstyrelsen tilldelas medel ska också myndigheten stå för merparten av den administration som behövs för rådets drivande.

För tidsperioden åren 2023 till och med 2035 uppskattas den diskonterade nuvärdeskostnaden för införande och upprätthållandet av beredskapsrådet till 42,5 miljoner kronor.

14.3.5 Erfarenhetsåterföring

Utredningen föreslår i avsnitt 5.2.2 att det ska införas bestämmelser i Socialstyrelsens instruktion som innebär att myndigheten inom ramen för ansvaret för att expertis utvecklas och upprätthålls samt att kunskap sprids om katastrofmedicin, och krisberedskap inom myndighetens verksamhetsområde även ska analysera omfattande händelser nationellt och internationellt samt sammanställa slutsatser från

större övningar. Myndigheten ska vidare sprida dessa erfarenheter till berörda aktörer i syfte att möjliggöra utveckling av beredskapen.

Utredningen har för att uppskatta kostnaderna för ovanstående arbete utgått från Socialstyrelsens arbete med Kamedo-rapporter. Enligt Socialstyrelsen varierar kostnaden beroende på t.ex. var i världen händelsen inträffat och hur stor omfattningen är av händelsen som ska analyseras. Utifrån fem rapporter som producerades mellan åren 2009 och 2013 uppskattas en snittkostnad till 850 000 kronor per rapport. Uppräknat till 2021 års prisnivå bedöms kostnaden per rapport vara närmare 1 miljon kronor per rapport. Under perioden 1990 till och med 2019 publicerade Socialstyrelsen 52 stycken rapporter. I medeltal innebär det 1,8 rapporter per år och en genomsnittlig kostnad på 1,8 miljoner kronor per år. Om ovanstående rapportfrekvens kvarstår blir kostnaden under perioden 2023 till och med 2035 cirka 19,1 miljoner kronor.

Även om det inte gått att finna ett formellt uppdrag att ta fram Kamedo-rapporter ingår finansieringen av Kamedo rapporter redan i Socialstyrelsens förvaltningsanslag och myndigheten bör därmed inte tillföras ytterligare medel för denna del. Däremot anser utredningen att övriga delar i ovanstående förslag, som exempelvis att sammanställa slutsatser från större övningar och att arbeta mer med att föra ut erfarenheter, utgör ett utökat uppdrag. Utredningen bedömer att det utökade uppdraget utgör ett tillägg motsvarande 25 procent av arbete med Kamedo och resulterar därmed i en årlig kostnad på cirka 0,4 miljoner kronor. Detta innebär en diskonterad nuvärdeskostnad på 4,8 miljoner kronor för tidsperioden 2023 till och med 2035. Ovanstående medel bör tillföras Socialstyrelsens förvaltningsanslag.

14.3.6 Skyldighet för kommuner och regioner att hjälpa varandra med viss vård

Utredningen föreslår i avsnitt 5.3 att det i HSL ska införas bestämmelser som innebär att kommuner och regioner ska vara skyldiga att hjälpa varandra vid katastrofer. Skyldigheten att lämna hjälp ska, med ett undantag, endast gälla under förutsättning att en kommun eller region inte själv är eller inom överskådlig tid kan antas bli hjälpbehövande. Nyss nämnda undantag ska innebära att om ingen kommun eller region kan lämna hjälp utan att själv bli hjälpbehövande, så ska kommuner och regioner ändå vara skyldiga att lämna hjälp till en

kommun eller region som har avsevärt sämre förutsättningar att utföra vård som inte kan anstå.

En kommun eller region som behöver eller kan komma att behöva hjälp av andra kommuner eller regioner ska anmäla detta till det organ som har att besluta om hjälpen. Det är regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer som ska få besluta om hjälp. Beslut om hjälp ska grunda sig en samlad bedömning av rådande omständigheter varvid sådan hjälp som en hjälpbehövande kommun eller region kan få genom staten särskilt ska beaktas.

Det ska finnas en skyldighet för regioner, kommuner och statliga myndigheter att samverka i frågor om hjälpbehov på anmodan av beslutsorganet, dvs. på anmodan av regeringen eller den myndighet som regeringen har bestämt. Kommuner och regioner ska också på begäran av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer lämna de uppgifter som behövs för beslut om hjälp. Kommuner och regioner som lämnar hjälp ha rätt till skälig ersättning för hjälpen och ersättningen ska betalas av den kommun eller region som har fått hjälp.

Slutligen förslås att lagen att 3 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap ska ändras så att det som sägs i den lagen inte ska gälla om annat följer av elberedskapslagen eller av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Det föreslås också en ändring i 2 kap. 5 § lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap som innebär att vad som sägs i den bestämmelsen inte gäller om annat följer av 16 a kap. hälso- och sjukvårdslagen.

Det är regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska besluta om hjälpens omfattning. Utredningen bedömer att Socialstyrelsen bör få i uppgift att besluta om sådan hjälp. Den ökade administrativa kostnad som myndigheten kan få för detta ska ingå i det ökade förvaltningsanslag som Socialstyrelsen föreslås få för att inrätta ett beredskapsråd, se avsnitt 14.3.4 ovan.

Den kommun eller region som har lämnat hjälp ska enligt förslaget ha rätt till skälig ersättning av den kommun eller region som har tagit emot hjälpen. Vilka ekonomiska konsekvenser bestämmelserna får beror framför allt på hur omfattande hjälp som ska lämnas. Det står dock klart att bestämmelsen om ersättning gör att hjälplämnande kommuner och regioner får ersättning av den som tagit emot hjälpen. Att en kommun eller region som tar emot hjälp ska betala

ersättning för den hjälp som lämnats innebär att det inte bedöms vara aktuellt för staten att finansiera de nya skyldigheterna för kommuner och regioner. Tvister om ersättningens storlek bedöms endast uppkomma mycket sällan eftersom hjälpen rör situationer som är mycket ovanliga. Dessutom har regioner och kommuner, med utgångspunkt från bl.a. olika redan existerande avtal, möjlighet att på förhand träffa överenskommelser om hur skälig ersättning ska bestämmas. En sådan ordning ökar förutsägbarheten och innebär också att risken för tvister vid domstol om ersättningar i stort kan elimineras. Förslaget bedöms därför inte medföra sådana konsekvenser för de allmänna domstolarna att det finns skäl att tillföra dem ytterligare medel.

Utöver vad som nu avhandlats föreslås bl.a. även krav på samverkan och uppgiftsskyldigheter. Konsekvenserna som rör dessa förslag behandlas under nästa rubrik.

14.3.7 Krav på samverkan och rapportering som grund för hjälpbeslut

Det ska enligt vad som framgår av förslaget i 5.3 införas en skyldighet för regioner, kommuner och statliga myndigheter att samverka i frågor om hjälpbehov på anmodan av beslutsorganet, dvs. på anmodan av regeringen eller den myndighet som regeringen har bestämt. Kommuner och regioner ska också på begäran av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer lämna de uppgifter som behövs för beslut om hjälp. Vidare föreslås en bestämmelse som innebär att den kommun eller region som behöver eller kan komma att behöva hjälp av andra kommuner eller regioner ska anmäla detta till beslutsorganet.

Kravet på kommuner och regioner att samverka och lämna uppgifter som behövs för beslut om hjälp innebär att kommuner och regioner behöver upprätta och delge lägesbilder.

En generellt tillämplig bestämmelse om samverkan finns redan i 8 § förvaltningslagen (2017:900). Denna bestämmelse gäller för alla förvaltningsmyndigheter, såväl statliga som kommunala, och skulle möjligen räcka för den samverkan som krävs för beslut om hjälp. Det är dock något oklart om så är fallet vad gäller kommuner och regioners medverkan och det vore tydligare om en bestämmelse om samverkansskyldighet kopplades direkt till bestämmelserna om hjälp. Beträffande staten bedöms inte den föreslagna bestämmelsen med-

föra några nya kostnader än de som följer av ovan nämnda bestämmelser i förvaltningslagen. Beträffande kommuner och regioners samverkan vid hjälpbeslut kan konstateras att Socialstyrelsen redan har regelbunden kontakt med regionernas lägre tjänstemän genom veckovisa samverkanskonferenser avseende läget i hälso- och sjukvården. Sådan samverkan sker dock i dag inte regelbundet med kommunerna. Socialstyrelsen föreslås i avsnitt 14.3.4 ovan få ett ökat förvaltningsanslag för att inrätta ett beredskapsråd för samverkan mellan ledande företrädare för kommuner, region och de bevakningsansvariga myndigheterna på hälso- och sjukvårdsområdet. Det anslaget avses även innefatta Socialstyrelsens ökade administration för att löpande samla in lägesbilder och förmedla dessa till berörda aktörer.

En kommun eller region som behöver hjälp bör enligt utredningens bedömning inte rimligen tillföras ytterligare statliga medel för sådan samverkan som är nödvändig för att erhålla hjälp. Det bör betraktas som en kostnad som kommuner och regioner har för att säkerställa att de kan erbjuda hälso- och sjukvård på det sätt som gällande rätt kräver och bedöms därmed inte behöva ersättas.

Konsekvenser för kommuner, regioner och staten

Utredningen föreslår att det i lag införs bestämmelser om uppgiftsskyldighet som innebär att kommuner och regioner är skyldiga att på begäran av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer lämna de uppgifter som behövs för beslut om hjälp. Vidare föreslås bestämmelser enligt vilka regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om vilka uppgifter som ska lämnas.

I 2 kap. 9 § och 3 kap. 5 § LEH finns bestämmelser om rapporteringsskyldighet som avser vissa åtgärder som vidtagits och hur åtgärderna påverkat krisberedskapsläget, lägesrapporter och information om händelseutvecklingen, tillståndet och den förväntade utvecklingen samt om vidtagna och planerade åtgärderna samt beredskapsläget och de övriga förhållanden som har betydelse för det civila försvaret i kommunen respektive regionen. Därutöver finns krav på rapportering i t.ex. smittskyddslagen (2004:168), patientsäkerhetslagen (2010:659) och lagen (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster.

För att regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer ska kunna besluta om hjälp krävs en uppgiftsskyldighet för kommuner och regioner som till del kan komma att skilja sig från den rapporteringsskyldighet som redan följer av LEH.

Lägesbilder för beslut om hjälp bedöms i stor utsträckning även kunna fylla de behov av rapportering som ska ske enligt LEH. Lämpligen samordnas skyldigheten att lämna uppgifter enligt de nu föreslagna bestämmelserna och bestämmelserna i 2 kap. 9 § och 3 kap. 5 § LEH så att kommuner och regioner får en sammanhållen och väl avvägd uppgifts-/rapporteringsskyldighet. På det viset kan onödiga kostnader undvikas.

Arbetet med att meddela föreskrifter som anger vilka uppgifter som kommuner och regioner ska lämna måste föregås av en analys över vilka uppgifter som behövs för en ändamålsenlig lägesbild, på vilket sätt uppgifterna ska lämnas och hur ofta uppgifterna ska lämnas. Analyserna bör även beakta vilket behov av uppgifter i lägesbilderna som andra statliga myndigheter har. Konsekvenserna av den uppgiftsskyldighet som föreslås måste utredas i samband med att de uppgifter som behövs preciseras i föreskrifter (se den tidigare nämnda förordningen om konsekvensutredning vid regelgivning och förordningen om regeringens medgivande till beslut om vissa föreskrifter).

Bemyndigandet får konsekvenser för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämt ska meddela de aktuella föreskrifterna eftersom det krävs ett gediget underlag för att just avgöra vad för uppgifter som ska lämnas och på vilket sätt och hur ofta uppgifterna ska lämnas. Utredningen föreslår i avsnitt 5.3.3 att Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, E-hälsomyndigheten och Försvarsmakten tillsammans med kommuner och regioner ska ta fram närmare underlag för vilken information som behöver framgå av händelsestyrd rapportering.

Vad gäller konsekvenserna bör dock beaktas att det i dag saknas system och uppskattningar för vad en digital inrapportering från en kommun eller region skulle kosta. Det ska i sammanhanget nämnas att Socialstyrelsen har påbörjat ett arbete med att automatisera inrapporteringen av vissa uppgifter utifrån utbrottet av covid-19. När detta projekt kommit längre finns sannolikt ytterligare uppgifter om kostnader som kan användas som underlag för kostnadsbedömningar. Det är dock enligt utredningen sannolikt att kommuner och regioner kommer fortsätta behöva genomföra manuella analyser och be-

dömningar av det insamlade materialet, dels för sin egen lägesbild, dels för den lägesbild man delar nationellt. En automatisering av rapporteringen eliminerar därmed inte helt arbetskostnaden.

Utredningen bedömer att staten inte ska stå för samtliga kostnader som förslaget genererar eftersom kommuner och regionerna enligt LEH redan i dag har ett rapporteringskrav till flera statliga myndigheter i samband med extraordinära händelser. Även om denna rapportering inte genomförs dagligdags bör regionerna redan i dag ha genomfört planering och vidtagit åtgärder för hur denna rapportering ska gå till vilket bör gå att bygga vidare på. Insamlingen och analysen av uppgifter på mer regelbunden basis bedöms också vara till stor nytta för regionerna i vardagen då det är rimligt att anta att regionen varje dag behöver ha en uppgift om tillgänglig outnyttjad vårdkapacitet t.ex. avseende lediga operations- eller vårdplatser. Kostnadsberäkningar kan först göras då föreskrifterna om uppgiftsskyldighet tas fram, eftersom föreskrifterna utgör grunden för kostnadsberäkningarna.

Med anledning av ovanstående bedömer utredningen att förslaget i sig inte får några ekonomiska konsekvenser för kommuner utifrån perspektivet att enbart kostnaden för uppdraget om föreskriftsarbete kan estimeras i dagsläget.

Om en föreskrift som meddelas med stöd av bemyndigandet skulle få kostnadskonsekvenser så ska de hanteras i samband med framtagandet av den aktuella föreskriften. Bemyndigandet får konsekvenser för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämt ska meddela de aktuella föreskrifterna. Utredningen föreslår att Socialstyrelsen erhåller tre miljoner kronor per år under åren 2023 och 2024 för att tillsammans med regionerna ta fram underlag för ett system med lägesbilder (där uppgifter som krävs för hjälp ska finnas med). Det diskonterade nuvärdet blir 5,7 miljoner kronor. Uppdraget syftar till att skapa underlag som gör det möjligt att meddela föreskrifter om vilka uppgifter som ska lämnas, hur ofta uppgifter ska lämnas och på vilket sätt uppgifter ska lämnas. Det ska också vara möjligt att utifrån förslagen skapa ett system för lägesbilder. Inom ramen för uppdraget ska också förslag till föreskrifter tas fram.

14.4 Förmåga att möta plötsligt ökade kapacitetsbehov samt vissa verksamheter

I kapitel 6 behandlas hur hälso- och sjukvården tillfälligt kan öka sin förmåga och några särskilda områden av betydelse för hälso- och sjukvården vid kriser. Nedan redovisas de kostnader som kommer av utredningens förslag i denna del.

14.4.1 Sjukvårdens förmåga att hantera CBRN-händelser

Hot med kemiska, biologiska, radiologiska eller nukleära ämnen brukar benämnas CBRN¹²-hot. Ursprungligen avgränsades CBRN-hot till (massförstörelse)vapen men med tiden har begreppet fått en vidare betydelse genom att också inkludera icke-militära och oavsiktliga hot. Skadehändelser med sådana ämnen kan därför uppstå även när dessa släpps ut genom t.ex. en olycka. Både farligt gods och farliga ämnen enligt ovan kan vara ämnen som omfattas av begreppet CBRN i dess vida bemärkelse.

Utredningen bedömer i kapitel 6.5 att staten inom ramen för arbetet med planeringsansvisningar bör ta fram krav på vilken förmåga som krävs för att hantera CBRN-hot inom ramen för totalförsvaret på hälso- och sjukvårdsområdet. Utredningen föreslår därutöver att Socialstyrelsen tillsammans med Folkhälsomyndigheten, Försvarsmakten, MSB och Totalförsvarets forskningsinstitut ska ta fram rekommendationer om vilken grundläggande förmåga och utrustning som bör finnas i alla regioner och vid behov eventuella standarder för sådan utrustning.

Utredningen bedömer att det krävs en heltidstjänst fördelat över två år (två årsarbetskrafter) fördelat på de fem myndigheterna för att genomföra arbetet.

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen får huvudansvaret för uppdraget och att myndigheten tilldelas 2,8 miljoner kronor för arbetet. Den diskonterade nuvärdskostnaden blir 2,6 miljoner kronor om ovanstående uppdrag ska utföras 2024–2025.

¹² CBRN är den internationella förkortningen för chemical, biological, radiological and nuclear.

14.4.2 Blodverksamhet

Blod är som framgår av avsnitt 6.6 avgörande för viss behandling. Behovet av blodprodukter bedöms öka kraftigt i situationer med många traumafall. Staten och SKR har sedan tidigare gjort flera överenskommelser som berör möjligheterna att skala upp den ordinarie blodverksamheten i regionerna. Utredningen bedömer att det utöver detta kan behöva vidtas fler åtgärder.

För att möta behovet av frystorkad plasma pågår ett nordiskt projekt som ser över möjligheten att investera i mindre anläggningar för mer lokal/regional produktion vid t.ex. blodcentraler. Projektet är ur ett svenskt perspektiv fortfarande i ett förstadium och under pandemin har projektet pausats. Projektet finansieras än så länge i huvudsak via medel från Försvarmakten. Utredningen anser dock att frystorkad plasma även skulle vara av betydelse för utvecklingen av den prehospitla akutsjukvården i vardagen såväl som vid situationer med många svårt skadade och att det därmed finns skäl att bredda projektet. Utredningen föreslår i 6.6.2 att Försvarmakten och Socialstyrelsen tillsammans med regionerna ska ta fram underlag för hur frystorkad plasma kan användas, lagras och omsättas i vardagen. Aktörerna ska också lämna förslag på hur och av vem produktion av frystorkad plasma skulle kunna genomföras i Sverige för att möta de behov som föreslås.

Utredningen föreslår att 2,8 miljoner kronor tilldelas Socialstyrelsen för ovanstående uppdrag, vilket motsvarar en heltidstjänst fördelat över två år med start år 2024. Dessa medel ska också täcka de andra aktörernas deltagande i arbetet. Den diskonterade nuvärdeskostnaden blir 2,6 miljoner kronor om ovanstående uppdrag utförs åren 2024–2025.

14.4.3 Nationella principer för hantering av avlidna

Utredningen bedömer att hälso- och sjukvården i samband med t.ex. terrorattentat, omfattande olyckor, epidemier, naturkatastrofer och i krig kan komma att få en mycket hög belastning. I dessa situationer kommer sannolikt även antalet avlidna att öka. Hanteringen av avlidna är en uppgift för hälso- och sjukvården men berör även många andra samhällsaktörer. Även om avlidna hanteras som en del av vardagsrutinen bedöms ovanstående situationer när antalet avlidna inne-

bära en ökad utmaning för aktörerna. Även sådan verksamhet behöver därför planeras.

Såvitt utredningen erfar har en del arbete kring hantering av ett stort antal avlidna initierats med anledning av coronapandemin. MSB har etablerade samverkansstrukturer med berörda aktörer inklusive andra trossamfund. Utredningen föreslår därför i avsnitt 6.7.6 att MSB ska få i uppdrag att i samverkan med Socialstyrelsen, Polismyndigheten, Rättsmedicinalverket, Försvarmakten, Svenska kyrkan, andra trossamfund och representanter för sjukvårdshuvudmännen hålla samman arbete med att ta fram nationella centrala principer för hanteringen av avlidna.

Utredningen föreslår att 2,8 miljoner kronor tilldelas MSB för ovanstående uppdrag, vilket motsvarar en heltidstjänst över två år med start år 2024. Dessa medel ska också täcka de andra aktörernas deltagande i arbetet. Den diskonterade nuvärdeskostnaden blir 2,6 miljoner kronor om ovanstående principer ska tas fram under åren 2024–2025.

14.5 Förstärkningsresurser och internationella samarbeten

I kapitel 7 redovisas utredningens bedömningar och förslag avseende hur man med extra resurser kan förstärka hälso- och sjukvården. I det följande redovisas konsekvenserna av utredningens förslag.

14.5.1 Förstärkningsresurser för laboratorieanalys

I avsnitt 7.2.5 föreslår utredningen att Folkhälsomyndigheten ska få i uppdrag av regeringen att genomföra en analys av vilka statliga förstärkningsresurser för hälso- och sjukvård och smittskydd som behöver finnas och vilken eller vilka aktörer som bör bygga upp dessa. Analysen bör genomföras i samverkan med Livsmedelsverket, Statens veterinärmedicinska anstalt, Försvarmakten och Totalförsvarets forskningsinstitut inom ramen för projektet om gemensamma laboratorie-resurser. Det bör också genomföras i samverkan med regionernas laboratorienätverk.

Utredningen bedömer att satsningen innebär ökade kostnader för i huvudsak Folkhälsomyndigheten som ansvarar för och ska hålla ihop

arbetet. Utredningen föreslår att Folkhälsomyndigheten tillförs 1,4 miljoner kronor för ett sådant arbete under år 2023. Det motsvarar en heltidstjänst över ett år. Utredningen bedömer att de övriga myndigheternas deltagande i huvudsak kan lösas inom ramen för den ordinarie samverkan i laboratoriefrågor som redan sker mellan myndigheterna och inom laboratorienätverket.

Förslaget bedöms inte innebära några ytterligare konsekvenser.

14.5.2 Bättre beredskap för insatser utomlands

I avsnitt 7.4 redogör utredningen för hälso- och sjukvårdsinsatser utomlands och Sveriges internationella stöd genom bl.a. stödstyrkan. Utredningen föreslår i kapitel 7.4.3 att Socialstyrelsen ska få i uppdrag av regeringen att ta fram och genomföra hälso- och sjukvårdsspecifik utbildning och övning av personal från regioner som kontrakterats för katastrofmedicinska insatser utomlands, som komplement till de utbildningar MSB genomför för all personal som ingår i stödstyrkan.

Socialstyrelsen har som beskrivits i avsnitt 7.4.2 under en längre tid haft i uppdrag att stödja regionerna i arbetet med katastrofmedicinska insatser utomlands bl.a. genom utbildning. Regeringen avsatte i budgetpropositionen för år 2008–2009 sex miljoner kronor per år för merkostnader, bl.a. löne- och administrativa kostnader, som deltagande regioner får med kraven att ha en insatsberedskap för katastrofmedicinska insatser. Från år 2010 beräknades den årliga kostnaden för att vidmakthålla systemet till tre miljoner kronor. Ersättningen var inte tänkt att finansiera insatser utan endast förberedelser och beredskap.

Vad utredningen erfar har inte regionerna begärt eller fått ersättning för kostnader för beredskap kopplad till stödstyrkan sedan åtminstone år 2010. Om stödstyrkan skickas iväg på insatser utomlands har regeringen angett att de kostnader som regionerna får för katastrofmedicinska insatser i utlandet får regleras i efterhand och ersättas av staten. I de fall insatser genomförts har också regionerna fått ersättning samt för genomförda utbildningar och övningar.

Eftersom ingen utbildning av personal för att genomföra sjukvårdsinsatser utomlands har skett sedan 2010 behöver ett utbildningskoncept uppdateras och utbildningar genomföras. Sådana utbildningar

bör finansieras av staten och vara kostnadsfria för den personal från regionerna som är kontrakterad för att delta i katastrofmedicinska insatser utomlands. Utredningen anser dock att regionerna själva bör stå för den arbetstid som åtgår för utbildningarna eftersom utbildningen i sig kan ses som kompetensutveckling och att den stärker regionernas allmänna beredskap att hantera katastrofsituationer.

För att återuppta sådan utbildningsverksamhet bör Socialstyrelsen tillföras en miljon kronor under 2023. Vad avser övrig administration av beredskapen för internationella sjukvårdsinsatser bör detta rymmas inom det anslag på 3 miljoner kronor som Socialstyrelsen fått sedan 2008.

Förslaget bedöms inte innebära några ytterligare konsekvenser.

14.6 Forskning, utbildning och övning

I kapitel 9 beskriver utredningen vilket ansvar samt de problem som finns i nuläget inom forskning, utbildning och övning med avseende på hälso- och sjukvårdens beredskap som olika aktörer har i dag. Utredningen redogör också för vilka projekt som pågår och som kan väntas bidra till en bättre beredskap framöver, samt slutligen vilka ytterligare åtgärder utredningen anser behöver genomföras på området. Nedan beskrivs konsekvenserna av utredningens förslag på området.

14.6.1 Socialstyrelsen får ansvar för att tillhandahålla nationella utbildnings- och övningsplaner

Utredningen föreslår i avsnitt 9.2 att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att tillhandahålla nationella utbildningsplaner för hälso- och sjukvårdens beredskap. Detta ska vara en löpande uppgift som förs in i myndighetens instruktion. Socialstyrelsen har redan pågående uppdrag från regeringen att ta fram nationella utbildnings- och övningsplaner inom traumavård, omhändertagande av drabbade vid CBRN-händelse, katastrofmedicin och krisstöd samt om hälso- och sjukvårdens roll i totalförsvaret. När dessa planer är framtagna behöver de göras tillgängliga för kommuner, regioner och andra vårdgivare. Planerna behöver därefter förvaltas, utvecklas och uppdateras över tid. Det kan också behöva tas fram nationella utbildnings- och övnings-

planer inom fler områden för att stärka hälso- och sjukvårdens beredskap.

Socialstyrelsen har fått två miljoner kronor under år 2021 för att ta fram ovan nämnda utbildnings- och övningsplaner.¹³ För att förvalta dessa utbildnings- och övningsplaner samt att löpande ta fram nya nationella utbildnings- och övningsplaner föreslår utredningen att myndigheten tillförs resurser motsvarande en halvtidstjänst över tid. Enligt ESV (se avsnitt 14.2.2) motsvarar detta 700 000 kronor per år vilket föreslås tillföras Socialstyrelsens förvaltningsanslag. Under perioden 2024 till och med 2035 uppgår den diskonterade nuvärdeskostnaden till 6,8 miljoner kronor.

Genom förslaget bedöms kommunernas och regionernas arbete med att ta fram utbildningsplaner minska. Förslaget bedöms också öka möjligheterna till att uppnå samordning mellan kommuner och regioner vid händelser som rör mer än en kommun eller region om alla väljer att följa samma utbildningsplaner. För att förslaget ska få avsedd effekt förutsätts att kommuner och regioner genomför utbildningarna.

14.6.2 Katastrofmedicin ska ingå i hälso- och sjukvårdspersonalens grundutbildning

Utredningen föreslår i avsnitt 9.3 att ämnet katastrofmedicin ska införas i grundutbildningen för läkare och sjuksköterskor. Det sker genom en ändring i examensordningen för dessa professioner i bilaga 2 till högskoleförordningen (1993:100). Ändringar i examensordningen för läkare och sjuksköterskor medför att lärosäten som ger sådana utbildningsprogram behöver anpassa kurs- och utbildningsplanerna till den nya examensordningen. Det behöver tas fram kunskapsmål för utbildningen i katastrofmedicin och ämnet ska examineras/teras. Det innebär visst arbete för lärosätena och därmed också en viss kostnad.

Eftersom kursplanen inte kan utökas behöver prioriteringar genomföras. Ett införande av kravet på katastrofmedicinsk utbildning innebär att något annat måste tas bort eller minska i omfattning. Utredningen har inte tagit ställning till vad som kan eller ska tas bort men

¹³ Uppdrag att ta fram nationella utbildnings- och övningsplaner för katastrofmedicinsk beredskap och civilt försvar samt nationell samordning av utbildning och övning (S2021/02922 [delvis]).

anser att katastrofmedicin är en sådan central och viktig del i den medicinska utbildningen att detta svårligen kan uteslutas. Eftersom den totala utbildningen inte utökas innebär det inte heller några ökade kostnader förutsatt att det inte finns en skillnad i kostnad mellan den utbildning som införs och den som tas bort. En sådan förändring kan leda till både ökade och minskade kostnader för universiteten.

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att tillsammans med referensgrupper från lärosäten, Läkaresällskapet, Svensk Sjuksköterskeföreningen (SSF) och regionerna med flera fastställa en övergripande utbildningsplan och förslag på hur den katastrofmedicinska utbildningen ska implementeras samt vilka utbildningsmålen ska vara. För detta arbete tilldelas Socialstyrelsen 3 miljoner kronor som även ska ersätta lärosätenas arbete i referensgruppen. Lärosätena ersätts därmed av Socialstyrelsen inom ramen för uppdraget.

Lärosätena ska därefter utifrån de ovan nämnda nationellt framtagna utbildningsmålen skapa kursplaner. Utredningen bedömer att resurser motsvarande 20 procent av en heltidstjänst kan krävas för att ta fram kursplanerna hos lärosätena. Utredningen antar en lönekostnad på 1,4 miljoner per år för en heltidstjänst inom akademien. Enligt utredning har sju lärosäten i Sverige läkarprogrammet: *Karolinska Institutet, Lunds universitet, Uppsala universitet, Göteborgs Universitet, Linköpings Universitet, Umeå Universitet och Örebro Universitet*. Kostnaden uppskattas därmed till 2,0 miljoner kronor för ett års implementering av kursplanen. Enligt utredningen har 25 lärosäten i Sverige sjuksköterskeprogrammet: *Göteborgs universitet, Karolinska institutet, Högskolan Kristianstad, Uppsala universitet, Högskolan Dalarna, Mittuniversitetet, Lunds universitet, Örebro universitet, Högskolan i Skövde, Högskolan i Borås, Linköpings universitet, Luleå tekniska universitet, Sophiahemmet Högskola, Högskolan Väst, Umeå universitet, Högskolan i Gävle, Röda korsets högskola, Ersta Sköndal Bräcke högskola, Halmstad Högskola, Malmö universitet, Linnéuniversitetet, Jönköping University, Blekinge tekniska högskola, Mälardalens högskola, Karlstad universitet*. Kostnaden uppskattas till 7 miljoner kronor för att under ett år genomföra implementering av kursplanen. Den totala diskonterade nuvärdeskostnaden enligt ovan uppgår därmed till 11,1 miljoner kronor för förslaget till och med år 2024. Lärosäten får enbart ersättning under implementeringsåret därefter förutsätts utbildningen kunna finansieras inom ram.

Förslaget innebär utöver de ekonomiska konsekvenserna ovan att lärosätenas frihet att styra över kursplanerna inskränks. Utredningen har i föregående delbetänkande föreslagit att lärosätena ska se över kursplanerna på frivillig väg men att om detta inte fungerar ska utredningen återkomma med ett skarpt förslag. Vad utredningen erfar har inget arbete med att förändra kursplanerna påbörjats. Utredningen anser att katastrofmedicin är en sådan central del i den grundläggande medicinska utbildningen och har avgörande betydelse för att rädda liv. Det kan därför motiveras att inskränka lärosätenas frihet att själva styra över kursplanen. Försvarsberedningen betonar i betänkandet Motståndskraft hälso- och sjukvårdens betydelse för t.ex. försvarsviljan. Kunskaper i att medicinskt kunna omhänderta skadade individer i samband med katastrofer torde också ur ett befolkningsperspektiv vara något man förväntar sig av medicinskt utbildade personer. Om detta saknas i grundutbildningen kan det inte uteslutas att det påverkar försvarsviljan och tilltron till samhällets förmåga.

14.6.3 Forskning och kunskapscentrum

Utredningen föreslår i avsnitt 9.4 att Regeringen ska inrätta ett särskilt forskningsanslag för katastrofmedicin. Medel för detta finns sedan tidigare i Socialstyrelsens ramanslag. Inriktningen på forskningen behöver beslutas nationellt utifrån hälso- och sjukvårdens och totalförsvarets behov. Socialstyrelsen bör besluta om sådana satsningar. Medelstilledningen kan genomföras genom riktade utlysningar. Viss del av utlysningarna bör vara riktade mot att sprida kunskap och stödja Socialstyrelsens nationella arbete.

Socialstyrelsen bör vidare inrätta ett katastrofmedicinskt råd med ledande företrädare för den katastrofmedicinska expertisen. Det katastrofmedicinska rådet bör fungera som expertstöd till myndigheten i frågor av betydelse för utvecklingen av den katastrofmedicinska beredskapen. Det katastrofmedicinska rådet kompletterar det av utredningen föreslagna beredskapsrådet.

Socialstyrelsen har redan i dag medel för forskning i sitt förvaltningsanslag. Dessa medel bör enligt utredningen kunna anslås i en särskild anslagspost med särskilda anslagsvillkor. Eftersom utbetalning till företag inte bedöms vara aktuell saknas behovet av en stödordning.

Förslaget att Socialstyrelsen ska genomföra utlysningar kommer innebära ett arbete för myndigheten. Myndigheten genomför dock redan sedan 2000-talet början utbetalning av medel för forskning till katastrofmedicinska centrum vilken är förenad med viss administration. Utredningen förutsätter att denna skett med samma krav på rättssäkerhet och transparens som utlysningsprocessen kräver. Om myndigheten bedömer att utlysningarna effektivast kan ske i samverkan med och genom nyttjande av en annan statlig forskningsfinansiärs infrastruktur anser utredningen att Socialstyrelsen ska behålla ett starkt inflytande över styrningen av forskningen. Utredningen bedömer därmed att förändringen inte innebär några ökade kostnader.

14.7 Smittskydd och hälsohot

I anslutning till regeringens beslut om en större översyn av smittskyddslagen (2004:168) för att bättre anpassa den till framtida pandemier beslutade regeringen att begränsa detta utredningsuppdrag på området smittskydd och hälsohot genom ett tilläggsdirektiv.¹⁴ Utifrån det kvarvarande uppdraget ska utredningen:

- analysera förmågan i landet att omhänderta och transportera högsmittsamma patienter,
- rättsligt reglera statens ansvar för försörjningen och finansieringen av vacciner vid influensapandemier, samt
- analysera om det ur beredskapsperspektiv finns behov av ytterligare särskilda förmågor inom på området smittskydd och hälsohot.

Utredningen gör utifrån ovanstående flera bedömningar men lämnar endast ett förslag avseende en rättslig reglering av statens ansvar för pandemigaranti och inköp av pandemivaccin. Förändringarna av åtagandena för staten och huvudmännen för hälso- och sjukvården har tidigare reglerats i enlighet med den kommunala finansieringsprincipen.

¹⁴ Dir. 2021:69 Tilläggsdirektiv till Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap.

14.7.1 Reglering av statens ansvar för pandemigaranti och inköp av pandemivaccin

Utredningen föreslår i avsnitt 10.3 att en ny bestämmelse införs som anger att staten ansvarar för inköp av vaccin som används vid pandemi samt för kostnaderna för sådana inköp. Bestämmelsen föreslås införas som en ny 7 kap. 4 b § smittskyddslagen (2004:168).

Kostnadsansvaret för inköp av vaccin följer samma principer som för övriga läkemedel som köps på rekvisition och som ges i vården. Kostnadernas för sådana läkemedel åvilar formellt regionerna. I praktiken har dock kostnaden för att upprätthålla beredskapsavtal för leverans av influensavaccin vid en eventuell pandemi legat på staten. Staten har i praktiken också ansvarat för kostnaderna för inköp av vaccin vid influensapandemin 2009/2010 och under pandemin med utbrottet av covid-19. Regeringen har uttalat att staten även formellt bör ta ansvar för kostnaderna för inköpen av influensavacciner för pandemier, medan regionerna även fortsatt ska vara ansvariga för utförandet av vaccinationerna. Förändringarna av de ekonomiska åtagandena för staten och huvudmännen för hälso- och sjukvården har redan reglerats i enlighet med den kommunala finansieringsprincipen, men förändringen av statens och regionernas ansvar har inte reglerats rättsligt.¹⁵ Den ekonomiska regleringen genomfördes i samband med budgetpropositionen för år 2017. Där angav regeringen att Folkhälsomyndigheten fått ett uppdrag om att säkerställa tillgången till vaccin vid en influensapandemi. Detta är en följd av att staten har tagit över ansvaret att tillhandahålla vaccin vid en influensapandemi. Folkhälsomyndigheten fick ökade kostnader för att hantera avtalet och förberedande åtgärder för att kunna ta emot vaccin vid en influensapandemi. Denna kostnad beräknades uppgå till 3,5 miljoner kronor. Utöver det tog staten på sig ansvar för att inköpa vaccin vid en pandemi. Som en följd av det ansvaret beräknade staten att det medförde en kostnad motsvarande 55,5 miljoner kronor per år. Anslag 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* minskades därför med 59 miljoner kronor år 2017 och beräknades minska med motsvarande belopp år 2018 och framåt. Av dessa medel överfördes 3,5 miljoner kronor år 2017 och framåt från anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning*

¹⁵ Kommittédirektiv *Hälso- och sjukvårdens beredskap och förmåga inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap* (dir. 2018:77), s. 31 och 38.

till anslaget 2:2 *Insatser för vaccinberedskap* inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.¹⁶

Det ska dock noteras att den reglering av kostnadsansvaret som genomfördes inför år 2017 beräknades på kostnader för inköp av influensavaccin. Tillverkningen av influensavaccin följer vissa standardiserade metoder. Nya patogener innebär däremot större utmaningar och kan innebära större kostnader. Med ett allmänt åtagande för staten att ansvara för kostnader för vaccin även vid andra pandemier, mot bakgrund av de sannolikt högre kostnader som vaccination mot en ny patogen innebär, kan det finnas skäl att överväga om det bör genomföras ytterligare en justering av statsbidraget. Staten avsatte fyra miljarder kronor för inköp av vaccin år 2020 och 2021 och enligt utredningens vetskap utnyttjades majoriteten av de avsatta medlen under dessa år för inköp av covid-19 vaccin¹⁷. En betydligt högre summa än de förändringar som gjordes inför år 2017. De tidigare förändringarna byggde även på antagandet att pandemiska influensor sker var 20–25 år och att inköp av vaccin för hela befolkningen skedde vid ett tillfälle för en vaccinationsomgång. Vetskapen om vaccinationsomgångarna av covid-19 visar på ett längre utsträckt vaccinationsbehov i flera omgångar. Slutsumman för inköpen av covid-19vaccin är ännu inte möjlig att beräkna.

Utredningen bedömer därför att det kan finnas skäl för regeringen att överväga om det utökade statliga ansvaret som nu föreslås för inköp av vaccin även för andra pandemier bör föranleda ytterligare justeringar av statsbidraget i enlighet med finansieringsprincipen.

14.8 Sjuktransporter och samverkan med räddningstjänst

I kapitel 11 redovisas utredningens bedömningar och förslag avseende prehospitla sjukvårdsinsatser, sjuktransporter och samverkan med räddningstjänst. I det följande redovisas konsekvenserna av utredningens förslag.

¹⁶ Budgetpropositionen för 2017 – Förslag till statens budget för 2017, finansplan och skattefrågor (prop. 2016/17:1), Utgiftsområde 25, s. 42.

¹⁷ www.regeringen.se/pressmeddelanden/2021/04/stora-budgetsatsningar-for-att-bekampasmittspridningen-av-covid-19-och-hantera-pandemins-effekter/: hämtad 2022-01-23.

14.8.1 Sjukvårdsinsatser på internationellt vatten

I avsnitt 11.4 lämnar utredningen förslag om att regeringen ska uppdraga åt Socialstyrelsen, som förvaltningsmyndighet för hälso- och sjukvård, att ingå avtal med en eller flera regioner om att dessa åtar sig att mot ersättning utföra sjukvårdsinsatser i samband med Sjöfartsverkets sjöräddningsinsatser på internationellt vatten där ansvaret för sjöräddning ankommer på svenska myndigheter.

Eftersom alla regioner enligt sitt ordinarie ansvar som huvudman för hälso- och sjukvården redan i dag ansvarar för sjukvårdsinsatser i samband med sjö- och flygräddningstjänst på svenskt territorium, ska ersättning från staten endast avse merkostnader för att även utföra sjukvårdsinsatser på internationellt vatten.

Enligt uppgifter från Sjöfartsverket genomför myndigheten i genomsnitt 46 utryckningar på internationellt vatten per år baserat på data från år 2017 till och med år 2019, se tabell 14.4 nedan. Enligt Sjöfartsverket finns det sjukvårdsbehov vid i princip samtliga av dessa uppdrag. Utredningen har därför bedömt att det är rimligt att anta att hälso- och sjukvårdspersonal medföljer vid samtliga sjöräddningsuppdrag på internationellt vatten. Utifrån ovanstående antaganden har utredningen beräknat kostnaden för att en läkare och en sjuksköterska följer med på samtliga utryckningar på internationellt vatten. Utredningen har utgått från antagandet att en utryckning tar en hel arbetsdag i anspråk. Sjukvårdsinsatsen i sig behöver inte pågå så många timmar men det kan inte säkerställas att den hälso- och sjukvårdspersonal som följer med vid insatsen kommer tillbaka till samma plats som de utgick ifrån. Särskilt Region Gotland har påtalat risken för att personal som medföljer vid sjöräddning kan landa på fastlandet och måste ta sig tillbaka till Gotland på egen hand. Utredningen menar därför att det är rimligt att i dessa beräkningar anta att de kan ta upp till en arbetsdag för hälso- och sjukvårdspersonalen att medfölja på ett uppdrag. Utredningen har också med hjälp av uppgifter från SCB:s offentliga lönestatistik avseende timkostnaden för en specialistläkare och en intensivvårdssjuksköterska beräknat lönekostnaden för det genomsnittliga antalet utryckningar per år, se tabell 14.5 nedan. Utredningen har utgått från att de resurser som rycker ut gör det under ordinarie arbetstid eftersom regionen ska ha en kapacitet redan i dag som möjliggör utryckningar på svenskt terri-

torialvatten. I de fall där tidsuttaget sker under jourtid skulle kostnaderna bli högre.

Tabell 14.3 Sjöfartsverkets transporter på internationellt vatten

Antaluttryckningar per år som kräver sjukvårdsinsats

Sammanställning	2017	2018	2019	Genomsnitt
Sjuktransport från fartyg	34	21	38	31
Övriga transporter med behov av sjukvård	12	21	11	15
Totalt	46	42	49	46

Tabell 14.4 Merkostnad för att sjukvårdspersonal följer med på Sjöfartsverkets transporter på internationellt vatten

Kronor

Team	antal	Kostnad/h	antal timmar	Total
Läkare	1	678	8	5 425
Sjuksköterska	1	375	8	3 000
Summa per uttryckning				8 426
Total 46 uttryckningar				384 765

De läkare och sjuksköterskor som ska kunna följa med på sjöräddningsinsatser behöver särskild utbildning. Sjöräddningsinsatser kräver särskild kompetens avseende exempelvis utrustning, förutsättningar för att bedriva prehospital hälso- och sjukvård i helikopter eller på fartyg, vinschning och att uppträda i extrem miljö. Utredningen bedömer att de behov av utbildning och övning som finns för att regionernas hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna utföra sjukvårdsinsatser i samband med sjöräddningsinsatser på svenskt vatten inte skiljer sig från de behov som finns för att verka på internationellt vatten. Det behövs därför inte någon särskild utbildning för att kunna bedriva sjukvård på internationellt vatten.

Däremot bedömer utredningen att det kan finnas skäl för staten att finansiera ett övningstillfälle per år för respektive region som i avtal har åtagit sig ett sådant uppdrag, för att i samverkan med Sjöfartsverket öva sjöräddningsinsatser på internationellt vatten. Utredningen gör antagandet att tre regioner ingår avtal med Socialstyrelsen om att utföra sjukvård i samband med sjöräddningsinsatser på internationellt vatten. Vidare antar utredningen att dessa tre regio-

ner kommer att årligen behöva öva fem läkare och fem sjuksköterskor vardera dvs. totalt 15 läkare och 15 sjuksköterskor. En dags övning per år för fem läkare och fem sjuksköterskor i tre regioner beräknas kosta cirka 126 000 kronor per år i lönekostnader, kostnaderna antas öka linjärt i fall fler regioner ingår sådana avtal.

Den totala kostnaden, det vill säga kostnaden för både personal vid uttryckningar och övning, beräknas därmed uppgå till cirka 0,5 miljoner kronor per år för att avtala om att sjukvårdspersonal utför vård på internationellt vatten. Sett över hela tidsperioden, 2023 till och med 2035, blir nuvärdeskostnaden 5,3 miljoner kronor.

Eftersom utryckning på internationellt vatten ur sjukvårdens perspektiv inträffar relativt få gånger per år bedöms ett system som ger ersättning för faktiska kostnader vara mest kostnadseffektivt i jämförelse med en fast årlig ersättning till regionerna. Uppdelat över Sjöfartsverkets fem helikopterbaser blir utryckningsfrekvensen för sjöräddning på internationellt vatten cirka nio utryckningar per år och bas. Siffran bör anses som överestimerad eftersom utredningen antar att varje utryckning kräver sjukvård. Därför anser utredningen att regionerna ska ersättas för faktiska merkostnaden som uppstår varje år till följd av sjukvårdsinsatser på internationellt vatten enligt ovan redovisade beräkningar. Ersättningarna bör betalas ut av Socialstyrelsen för att möjliggöra en smidigare administration inom sektorn, till skillnad från alternativet att Sjöfartsverket får ansvaret att ersätta regionerna.

14.8.2 Överenskommelser om formerna för samverkan bör tas fram

Utredningen föreslår i avsnitt 11.5 att Sjöfartsverket och Polismyndigheten ska ta initiativ till överenskommelser om samverkan med berörda regioner avseende hantering av hälso- och sjukvårdsbehov i samband med sjö-, flyg och fjällräddningsinsatser. Målet med samverkan är att säkerställa samordning. Sådan samordning uppnås lämpligen genom överenskommelser som närmare reglerar formerna för regionernas sjukvårdsinsatser vid sjö- och flygräddning samt fjällräddning. Ansvaret bedöms ligga inom ramen för myndigheternas ordinarie uppdrag och därav avsätts inga särskilda medel för uppgiften. Utredningen anser att Socialstyrelsen, inom ramen för myndighetens uppdrag att samordna och övervaka planläggningen av den civila

hälso- och sjukvårdens beredskap, skulle kunna utgöra ett stöd för regionerna vid framtagande av sådana överenskommelser genom att verka för viss nationell samordning kring formerna för samverkan mellan statlig räddningstjänst och hälso- och sjukvården.

14.8.3 Möjlighet för regioner att ingå IVPA-avtal med både kommunal och statlig räddningstjänst

Utredningen föreslår i avsnitt 11.6 att det ska införas en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) enligt vilken regioner med bibehållet huvudmannaskap och vårdgivaransvar får sluta avtal med kommunal eller statlig räddningstjänst om att utföra vård i väntan på sjuktransport. Av avtalet ska framgå de särskilda villkor som gäller för uppdraget.

Regioner har redan i dag i stor utsträckning IVPA-avtal med kommunala räddningstjänstorganisationer. Däremot saknas det i dag IVPA-avtal mellan regioner och statliga räddningstjänstaktörer. Det aktuella förslaget innebär inga konsekvenser i sak för sådana redan befintliga avtal med kommunala räddningstjänstaktörer men det ger regionerna ett tydligt författningsstöd för att ingå sådana avtal.

De statliga räddningstjänstaktörerna utför redan i dag vissa vårdåtgärder i väntan på sjuktransport utan stöd av avtal med regionerna. De har också i vissa fall egen personal som utbildar sina kollegor i utförandet av hälso- och sjukvårdsåtgärder. Förslaget medför därmed inga ytterligare arbetsuppgifter för de statliga aktörerna.

Om regionerna ingår IVPA-avtal med de statliga räddningstjänstaktörerna blir det regionen som ansvarar för att sådan räddningstjänstpersonal har adekvat utbildning för att utföra de vårdåtgärder som omfattas av avtalet. Regionerna ansvarar också som vårdgivare gentemot patienterna för den vård som utförs i väntan på sjuktransport. Förslaget kan visserligen medföra kostnader för regionen att genomföra utbildning, tillhandahålla viss sjukvårdsutrustning till den statliga räddningstjänsten i enlighet med avtalen och att följa upp och kvalitetssäkra den givna vården. Det är dock regionens ansvar att erbjuda prehospital hälso- och sjukvård inom hela regionens område, även i otillgänglig miljö. Därmed ska kostnaderna för att utbilda och utrusta räddningstjänstpersonalen ställas mot de kostnader som regionen skulle ha för att själva ta sig till skadeområdet med motsvarande uttryckningstid som de statliga räddningstjänstaktörerna har. Utred-

ningen bedömer därför att förslaget inte innebär några utökade kostnader för regionerna utan utgör ett frivilligt verktyg för att ge sådan vård regionen ansvarar för.

Utredningen har utöver ovanstående, i avsnitt 11.5, föreslagit att regionerna ska ingå överenskommelser med Polismyndigheten och Sjöfartsverket om formerna för samverkan vid räddningstjänstinsatser där det finns hälso- och sjukvårdsbehov. Inom ramen för sådana överenskommelser bör regionerna ta ställning till hur regionens ska kunna säkerställa att de lever upp till sitt ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatserna, om det ska ske genom egna transportmedel eller genom medföljande i räddningstjänstens transportmedel.

Den nu föreslagna bestämmelsen ger regioner en möjlighet och tydligt lagstöd för att ingå IVPA-avtal med både kommunal och statlig räddningstjänst. Det innebär ingen skyldighet att ingå sådana avtal. De regioner som inte ser behov av att ingå IVPA-avtal behöver inte heller göra det. Utredningens förslag bedöms därför inte innebära några ekonomiska konsekvenser i form av statlig ersättning till regionerna. Förslaget bedöms inte heller påverka den kommunala självstyrelsen eftersom förslaget innebär en möjlighet, men ingen skyldighet, att ingå överenskommelser.

14.9 Försvarsmaktens hälso- och sjukvård

Utredningen föreslår, i avsnitt 12.4, en utökad uppgiftsskyldighet för hälso- och sjukvårdspersonalen så att de även ska lämna uppgift om huruvida någon vistas på en sjukvårdsinrättning om uppgifterna i ett särskilt fall under höjd beredskap begärs av Försvarsmakten. Förslaget genomförs genom en ändring i 6 kap. 15 § första stycket 1 patient-säkerhetslagen (2010:659).

Förslaget kommer att möjliggöra för Försvarsmakten att under höjd beredskap, när skadad eller sjuk personal har lämnats över till civil hälso- och sjukvård, hitta personalen och följa upp om och när de kan återinträda i tjänst eller få uppgift om att de har avlidit. Förslaget bedöms inte medföra några ekonomiska konsekvenser. Mot-svarande skyldigheter finns redan mot andra myndighet och gäller för Försvarsmakten endast under höjd beredskap.

Förslaget innebär för den enskilde att uppgift om att de får sjukvård kan lämnas ut till ytterligare en myndighet. Sådana krav finns redan,

och har bedömts rimliga, gentemot ett antal andra myndigheter. Uppgifterna omfattar inte den inskrivnes sjukdomstillstånd utan enbart det faktum att personen är under vård eller avliden. Skyldigheten gäller också enbart under höjd beredskap. De föreslagna skyldigheterna bedöms därmed mindre långtgående än andra motsvarande skyldigheter. Försvarsmakten har till uppgift att försvara Sverige mot ett väpnat angrepp vilket i förlängningen innebär att försvara våra grundläggande fri- och rättigheter samt vår demokrati. Uppgiften att försvara Sverige är av stor betydelse för nationens överlevnad. Vid höjd beredskap tillämpas lagen om totalförsvarspflicht. Lagen innebär inskränkningar i den enskildes fri- och rättigheter genom olika former av plikt. Plikten utgör grunden för att Försvarsmakten får tillgång till stora delar av sin personal. Med plikten kommer också ett ansvar för Försvarsmakten att ta hand om sin personal. Plikten upphör inte heller för att man blir skadad.

I väpnade konflikter finns en stor risk för att kombattanter drabbas av skador. Skador leder till behov av sjukvård och som utredningen har redogjort för kan inte Försvarsmakten ge all den sjukvård som en skadad behöver. Försvarsmakten behöver därför stöd av den civila sjukvården. I samband med att Försvarsmaktens personal överförs till den civila sjukvården upphör Försvarsmaktens rätt att ta del av vissa uppgifter. Detta innebär att Försvarsmakten inte kan följa upp sin personal, återföra personal till förbanden eller vet om de har avlidit. För att Försvarsmakten ska kunna lösa sin uppgift, att försvara Sverige mot väpnat angrepp, behöver myndigheten få del av uppgifter som innebär att de kan planera sin personalförsörjning. En viktig del i detta är att kunna veta vart personalen finns. Utredningen bedömer mot ovanstående att kravet att få ta del av om myndigheten personal finns på sjukhus samt om de avlidit vid en avvägning mot skyddet för den personliga integriteten är berättigade och proportionerliga.

14.10 Katastroftillstånd

Utredningen föreslår i avsnitt 13.3.1 att det ska införas en ny bestämmelse som innebär att om en kommun eller region drabbats av en katastrof, och det inte med stöd av de bestämmelserna som föreslås i avsnitt 5.3 om skyldighet för kommuner och regioner att hjälpa

varandra vid katastrofer i vården eller på andra sätt är möjligt att ge den hjälp som krävs för att häva katastrofen, ska regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer besluta att katastroftillstånd gäller i den drabbade kommunen eller regionen. När förhållandena medger det ska regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer besluta att katastroftillstånd inte länge ska gälla. Befinner sig en kommun eller region i ett katastroftillstånd ska, utan hinder av övriga bestämmelser i HSL, kommunen eller regionen erbjuda den hälso- och sjukvård som är möjlig att erbjuda. Vårdgivare som utför (offentligfinansierad) sådan hälso- och sjukvård i en kommun eller region där katastroftillstånd råder ska tillse att normala kvalitetskrav och behandlingsresultat upprätthålls så länge som detta är möjligt.

Bestämmelserna innebär att en kommun eller region vid en katastrof, när ingen hjälp finns att få, endast ska ge sådan vård som är möjlig. Kraven på att erbjuda vård och att upprätthålla kvalitetskrav sänks således i förhållande till de skyldigheter som en kommun eller region annars har. Förslaget får på ett teoretiskt plan konsekvenser för patienter som vid en katastrofsituation är i behov av den vård som inte kan upprätthållas. Då dessa behov i samband med en katastrofsituation ändå inte kan tillgodoses synes det meningslöst att ha bestämmelser som inte går att upprätthålla och som ändå kommer åsidosättas. Alternativet till utredningens förslag är att dimensionera hälso- och sjukvården för att upprätthålla all vård i alla lägen. Det är nog för de flesta klart att en sådan målsättning inte är rimlig och skulle innebära mycket stora investeringar i hälso- och sjukvården. Sådana investeringar skulle inte kunna göras utan att skapa omfattande undanträngningseffekter i annan samhällsviktig verksamhet.

14.11 Övriga konsekvenser och vissa sammanställningar av kostnader

I detta avsnitt har vi under respektive rubrik samlat både kostnader och konsekvenser av utredningens förslag som analyserats i avsnitten 14.3–14.10. I avsnitten 14.11.1–14.11.12 redovisas utredningens konsekvensbedömningar för olika aktörer och områden.

14.11.1 Konsekvenser för staten

Utredningens förslag innebär ökade kostnader för staten. Kostnaderna kommer i första hand att påverka Socialstyrelsen som central myndighet på hälso- och sjukvårdsområdet, se tabell 14.5. I det följande samlar vi förslagen utifrån vilka uppdrag respektive myndighet får.

Tabell 14.5 Kostnadsfördelning av utredningens förslag

Miljoner kronor	
Kostnadsansvar	Totala kostnader (%)
Socialstyrelsen	74 (86 %)
Lärosäten	8,0 (9 %)
MSB	2,6 (3 %)
Folkhälsomyndigheten	1,4 (2 %)
Totalt	86,3 (100 %)

Socialstyrelsen

Utredningen lämnar flera förslag i detta betänkande som innebär utökade eller nya uppgifter för Socialstyrelsens. Det gäller förslag om att Socialstyrelsen ska ta fram nationella utbildningsplaner, ansvara för en nationell sammanställning av regionernas förstärkningsresurser för hälso- och sjukvård, i ökad omfattning analysera händelser i Sverige och i andra länder för att sammanställa kunskapsunderlag, upprätta ett system för lägesbilder, delge samlade nationella lägesbilder samt inrätta ett beredskapsråd.

Socialstyrelsen kommer med anledning av de olika förslag som utredningen presenterar precis som i dag behöva upprätthålla en viss stabsfunktion för att kunna ta emot och bearbeta underlag. Likaså kommer myndigheten vid en inträffad händelse som kräver att myndigheten vidtar åtgärder och deltar i samordningen behöva upprätta en större stab, vid Socialstyrelsen kallad särskild organisation. Det är utredningens uppfattning att Socialstyrelsen för att klara detta måste ta stöd av hela myndigheten och att det inte är rimligt att avsätta särskilda medel för att upprätthålla denna kapacitet. Socialstyrelsen ska som bevakningsansvarig myndighet enligt 16 § förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap planera för att kunna anpassa verksamheten inför en förändrad säkerhetspolitisk situation. Myndig-

heten har också enligt 10 § ett särskilt ansvar för att planera och vidta förberedelser för att skapa förmåga att hantera en kris, förebygga sårbarheter och motstå hot och risker.

Utredningen har beräknat de tillkommande kostnaderna för ovanstående uppgifter till cirka 74 miljoner kronor fram till och med år 2035. Kostnaderna föreslås finansieras enligt avsnitt 14.2.1. För år 2023, 2024 samt 2025 utgör kostnaderna nio miljoner, 14 miljoner respektive åtta miljoner kronor. Att kostnaderna för år 2024 samt 2025 är högre i förhållande till övriga år beror på kostnader kopplade till uppdrag som utredningen föreslår att Socialstyrelsen ska utföra under dessa år. Resterande år fram till 2035 bör kostnaderna motsvara i medeltal 4,4 miljoner kronor per år. Utredningen bedömer att Socialstyrelsens förvaltningsanslag bör ökas för att finansiera uppgifter som ska löpa kontinuerligt och att riktade medel avsätts för de uppdrag som kan anses som punktinsatser. Som en konsekvens av förslagen kan Socialstyrelsen behöva anställa personal.

Tabell 14.6 Kostnader för förslag som berör Socialstyrelsen

Miljoner kronor

Kostnadspost	2023	2024	2025	2026–2030	2031–2035	Total
Nationella utbildnings- och övningsplaner)	0	0,7	0,6	2,9	2,5	6,8
Nationell sammanställning av regionernas förstärkningsresurser)						
Utbildning och övning för katastrofmedicinska insatser utomlands.	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
Erfarenhetsåterföring	0,4	0,4	0,4	1,9	1,6	4,8
Samlad nationell lägesbild	2,9	2,8	0,0	0,0	0,0	5,7
Beredskapsråd	3,9	3,8	3,7	16,8	14,5	42,5
Rekommendationer om CBRN-förmåga	0,0	1,3	1,3	0,0	0,0	2,6
Underlag för hur frystorkad plasma kan lagras, användas och omsättas i vardagen	0,0	1,3	1,3	0,0	0,0	2,6
Katastrofmedicin i grundutbildningen för läkare och sjuksköterskor)	0,0	2,8	0,0	0,0	0,0	2,8
Sjukvård på internationellt vatten	0,5	0,5	0,5	2,1	1,8	5,3
Totalt	9	14	8	24	20	74

MSB

I avsnitt 6.7.6 lämnar utredningen förslag om att Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) ges i uppdrag att på nationell nivå ta fram centrala principer för hanteringen av avlidna i samverkan med Socialstyrelsen, Polismyndigheten, Rättsmedicinalverket, Försvarsmakten, samt Svenska kyrkan. För detta uppdrag tillförs MSB 2,6 miljoner kronor under åren 2023 och 2024.

Folkhälsomyndigheten

I avsnitt 7.2.5 föreslår utredningen att Folkhälsomyndigheten ska få i uppdrag av regeringen att genomföra en analys av vilka statliga förstärkningsresurser för hälso- och sjukvård och smittskydd som behöver finnas och vilken eller vilka aktörer som bör bygga upp dessa. Analysen bör genomföras i samverkan med Livsmedelsverket, Statens veterinärmedicinska anstalt, Försvarsmakten och Totalförsvarets forskningsinstitut inom ramen för projektet om gemensamma laboratorieresurser. Det bör också genomföras i samverkan med regionernas laboratorienätverk. Utredningen föreslår att Folkhälsomyndigheten tillförs 1,4 miljoner kronor för ett sådant arbete under år 2023.

Sjöfartsverket och Polismyndigheten

Utredningen föreslår i avsnitt 11.5 att Sjöfartsverket och Polismyndigheten ska ta initiativ till överenskommelser om samverkan med berörda regioner avseende hantering av hälso- och sjukvårdsbehov i samband med sjö-, flyg och fjällräddningsinsatser. Ansvaret bedöms ligga inom ramen för myndigheternas ordinarie uppdrag och därav avsätts inga särskilda medel för uppgiften.

IVO

IVO får inga nya uppgifter enligt utredningens förslag. Dock förbättras förutsättningarna för tillsyn genom att det införs tydligare krav på vilken dokumenterad planering som ska finnas i kommuner och regioner. Utredningen bedömer i avsnitt 6.2.1 att Socialstyrelsen behöver ta fram föreskrifter utifrån 12–14 §§ lagen (2018:1174) om in-

formationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster, den så kallade NIS-lagen, som närmare pekar ut vilka riskanalyser och åtgärder vårdgivare behöver vidta. Utredningen bedömer i det sammanhanget också att IVO behöver utöva tillsyn över NIS-lagen och sådana föreskrifter. Det är dock en uppgift som redan åligger IVO som tillsynsmyndighet enligt NIS-lagen och inget som kommer av utredningens förslag.

Övriga myndigheter

Medel för uppdrag som involverar flera myndigheter eller aktörer föreslås tillfalla den sammanhållande myndigheten. Utredningens förslag innebär inga direkta konsekvenser för andra bevakningsansvariga myndigheter utöver deltagandet i beredskapsrådet. Övriga myndigheter som inte deltar i beredskapsrådet uppkommer det därmed inga konsekvenser eller kostnader för.

14.11.2 Konsekvenser för kommuner och regioner

I detta avsnitt redovisar utredningen konsekvenser av de förslag som berör kommuner och regioner.

Den absolut största delen av hälso- och sjukvården utförs av kommuner och regioner även om viss sjukvård även utförs av privata aktörer, ibland på regionernas uppdrag, och statliga myndigheter. Det är därmed nödvändigt att kommuner och regioner på olika sätt deltar i de arbeten som myndigheterna utför på beredskapsområdet t.ex. i olika regeringsuppdrag. Sådant deltagande kommer innebära viss resursåtgång även för kommuner och regioner men avsikten med uppdragen är att de ska leda till bättre samordning och att det finns upparbetade system och kontaktvägar för de utmaningar som uppstår i samband med framtida kriser och krig. Oavsett om kommuner och regioner väljer att delta så måste samverka under en kris eller ett krig att ske, men i så fall utifrån icke fastställda strukturer.

I detta avsnitt redovisar vi också utredningens samlade proportionalitetsbedömning och konsekvenser för den kommunala självstyrelsen i enlighet med regeringsformens krav.

Ekonomiska konsekvenser

Utredningens förslag ställer inga nya krav på kommuner och regioner som kräver finansiering utan förtydligat existerande ansvar som åligger kommuner och regioner i dag.

Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen – utredningens samlade proportionalitetsbedömning av förslagen

Enligt regeringsformen ska sedan år 2011 en regelmässig prövning av de kommunala självstyrelseintressena göras under lagstiftningsprocessen. En inskränkning i den kommunala självstyrelsen bör inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den. Ibland ställs den kommunala självstyrelsen mot andra intressen, som t.ex. nationella krav på enhetlig reglering.

De av utredningens förslag som innebär inskränkningar i den kommunala självstyrelsen beskrivs och motiveras närmare nedan.

Förslag som rör skyldighet för kommuner och regioner att hjälpa varandra

Utredningen föreslår som beskrivs i 14.3.6 ovan att det i hälso- och sjukvårdslagen införs en skyldighet för kommuner eller regioner att lämna hjälp till en annan kommun eller region som drabbas av en katastrof.

Ingen kommun eller region är överordnad någon annan kommun eller region. De har inget ansvar för ledning av andra kommuner och regioner och kan inte säkerställa samordning av vård eller vårdhjälp sinsemellan annat än på frivillig grund. Kommuner och regioner har till ansvar att erbjuda befolkningen god hälso- och sjukvård och nödvändiga vårdresurser måste således finnas i kommuner och regioner. Kommuner och regioner har som huvudregel att *var för sig* tillse att befolkningens vårdbehov tillgodoses och de har inte ansvar för andra kommuners eller regioners resursbrister. Det bör dock framhållas att regioner enligt HSL också redan har vissa skyldigheter att erbjuda vård till personer som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård (8 kap. 3 och 4 §§) och regioner och kommuner är också i vissa situationer skyldiga att ta emot och ge vård till andra än de

som normalt omfattas av deras vårdansvar (se 4 kap. 2 § LEH och 2 kap. 5 § lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap).

Den skyldighet att lämna hjälp som föreslås ska, med ett undantag, endast gälla under förutsättning att en kommun eller region inte själv är eller inom överskådlig tid kan antas bli hjälpbehövande. Nyss nämnda undantag ska innebära att om ingen kommun eller region kan lämna hjälp utan att själv bli hjälpbehövande, så ska kommuner och regioner ändå vara skyldiga att lämna hjälp till en kommun eller region som har avsevärt sämre förutsättningar att utföra vård som inte kan anstå. Det är regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer som ska få besluta om hjälp. Beslut om hjälp ska grunda sig en samlad bedömning av rådande omständigheter varvid sådan hjälp som en hjälpbehövande kommun eller region kan få genom staten särskilt ska beaktas.

Det föreslås också införas en skyldighet för regioner, kommuner och statliga myndigheter att samverka i frågor om hjälpbehov på anmodan av beslutsorganet, dvs. på anmodan av regeringen eller den myndighet som regeringen har bestämt. Kommuner och regioner ska också på begäran av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer lämna de uppgifter som behövs för beslut om hjälp. Kommuner och regioner som lämnar hjälp ha rätt till skälig ersättning för hjälpen och ersättningen ska betalas av den kommun eller region som har fått hjälp.

Dessa bestämmelser innebär en stor inskränkning i den kommunala självstyrelsen genom att staten ges rätt att besluta om att en region eller kommun ska vara skyldig att hjälpa en annan region eller kommun. Regeringen, eller den myndighet regeringen bestämmer, tar över beslutanderätten för en del av en kommuns eller regions hälso- och sjukvårdsresurser för att allokera den till en annan kommun eller region. Det är med andra ord resurser och förmåga som regionens eller kommunens beslutande politiska organ genom beslut har dimensionerat och finansierat via kommunalskatter och avgifter. Ett statligt ingripande innebär att dessa lokala och regionala politiska beslut delvis sätts ur spel. Beslut som har fattats för att på bästa sätt dimensionera och prioritera bland olika åtaganden för den egna befolkningen i kommunen och regionen. Utredningen är väl medveten om det avsteg från ansvarsprincipen och principerna i den svenska förvaltningsmodellen detta innebär.

Utredningen väljer ändå att lägga fram förslaget då det ytterst är staten, främst genom regeringen och riksdagen, som på en övergripande nivå ansvarar för befolkningens liv och hälsa och för att bestämmelserna om jämlik vård över hela landet upprätthålls. Utredningen bedömer att dessa bestämmelser är nödvändiga och motiveras av behovet av att skydda människors liv och hälsa. Bestämmelserna avser lösa vårdssituationer där en kommun eller region inte länge kan tillgodose vårdbehov som inte kan anstå, dvs. situationer där även en måttlig fördröjning av vidtagandet av nödvändiga vårdåtgärder bedöms medföra allvarliga följder den enskilde. Det handlar alltså om mycket allvarliga situationer i vården som med all sannolikhet endast uppkommer sällan.

Det kan inte helt uteslutas att en skyldighet att lämna hjälp skulle kunna medföra en viss risk för att det skapas incitament för kommuner och regioner att inte sköta sina åligganden på bästa sätt. Detta eftersom kommunerna och regionerna vet att hjälp kan påräknas utifrån om de hamnar i knipa. En skyldighet skulle enligt ett exempel som framförts till utredningen kunna leda till att en kommun eller region bortser från vissa finansieringsbehov, för att i stället t.ex. sänka skatten eller underlåta att höja skatten.

Det kan dock konstateras att det finns olika möjligheter till ansvarsutkrävande om beslutsfattare i kommunala eller regionala organ eller verksamheter missköter sina uppdrag. Beroende på beslutsfattare och omständigheter kan t.ex. straffbestämmelser, tillsynsbestämmelser och bestämmelser som ger möjlighet till vitesförelägganden eller arbetsrättsliga sanktioner, riktas mot den som brutit mot en bestämmelse. Även i de fall en beslutsfattare inte följer bestämmelser som av legalitetsskäl inte ansetts lämpliga att sanktionera finns utrymme att vidta vissa arbetsrättsliga sanktioner.

Om det rör sig om beslut av politiska organ kommer det dock många gånger endast vara möjligt att utkräva politiskt ansvar. Det är förstås mycket viktigt att ansvar kan utkrävas i vissa situationer.

I en situation där staten ingriper i det kommunala självstyret genom beslut som innebär att vårdresurser som finns i en kommun eller region ska nyttjas för andra kommuner eller regioners behov kan det inte bli fråga om att utkräva ansvar hos hjälplämnande kommuner eller regioner för de följder som detta beslut får. I detta fall aktualiseras i stället frågan om ansvarsutkrävande av regeringen eller den statliga myn-

dighet som har fattat beslut om hjälp, eller i vissa fall kanske också ansvar för beslut om inte har fattats.

Av (1986:765) med instruktion för Riksdagens ombudsmän framgår bl.a. att statliga och kommunala myndigheter, tjänstemän och andra befattningshavare vid dessa myndigheter står under ombudsmännens tillsyn. Hur en ombudsman avgör ärenden och vilka åtgärder som de kan vidta framgår av lagen. Av samma lag framgår också att ombudsmännens tillsyn inte omfattar bl.a. regeringen eller statsråd. När det gäller ansvarsutkrävande av regeringen aktualiseras främst en av riksdagens viktigaste uppgifter, nämligen att kontrollera hur bl.a. regeringen sköter sitt arbete. Om riksdagen inte har förtroende för statsministern eller en minister kan riksdagen tvinga regeringen eller ministern att avgå genom att besluta om en misstroendeförklaring.

Att det finns en möjlighet att utkräva ansvar i efterhand för något som det bör utkrävas ansvar för är viktigt, men oavsett om ett hjälpbehov uppkommit för att en region haft t.ex. bristfällig planering, organisation, inadekvat finansiering eller om det är en krigshandling, är det fråga om katastrofsituationer där det är fara för svårt sjuka patienters liv och hälsa. Skyddet av befolkningens liv och hälsa väger enligt denna utredning mycket tungt. Behovet av sådant skydd överväger den lilla risk som kan finnas för att det inte helt går att uteslutas att det kan finnas någon beslutsfattare i en kommun eller region som kanske fattar beslut, som t.o.m. kan vara lagstridiga, för att de räknar med att komma undan ansvar. Dessutom innebär de förslag som utredningen lämnar att en hjälpmottagande kommun eller region ska betala skälig ersättning för lämnad hjälp.

Den föreslagna regleringen syftar inte till att kommuner och regioner ska upphöra med att på frivillig väg själva söka lösa de omfördelningsbehov som finns. Tvärtom anser utredningen att det fortfarande i första hand är så att kommuner och regioner ska lösa så stor del av de uppkomna problemen själva. Det måste dock säkerställas att om detta inte fungerar, eller att det av andra skäl skulle vara direkt olämpligt, finns en ordning som säkerställer statens möjligheter att värna enskildas liv och hälsa. Detta bidrar också till proportionaliteten. Det finns enligt utredningens bedömning inte några andra mindre ingripande alternativ till reglering eller andra lösningar som på samma sätt skulle säkerställa de bestämmelser som utredningen nu föreslår.

Hjälpbestämmelserna syftar till att skydda liv och hälsa och ger bättre förutsättningar för jämlik vård. Det är en sista utväg när kom-

muner och regioner inte själva kan lösa hjälpbehoven på frivillig grund. Planeringsbestämmelser och skyldigheter att följa planeringsanvisningar och vidta finansierade åtgärder är nödvändiga för att upprätthålla den samhällsviktiga verksamhet som hälso- och sjukvården är och för att säkerställa ett fungerande totalförsvaret som involverar kommuner och regioner. Sammantaget anser utredningen att förslagen inte medför en inskränkning i det kommunala självstyret som går utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som föranleder inskränkningen. Förslagen bedöms således förenliga med 14 kap. 3 § regeringsformen.

Skyldighet för kommuner och regioner att följa planeringsanvisningar för totalförsvaret

Utredningen föreslår att det i hälso- och sjukvårdslagen ska införas bestämmelser om att kommuner och regioner ska följa statliga planeringsanvisningar för totalförsvarets hälso- och sjukvård samt utföra de särskilda åtgärder för sådan hälso- och sjukvård som staten har bestämt. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer beslutar om sådana planeringsanvisningar och särskilda åtgärder.

Kommuner och regioner är redan i dag skyldiga att vidta de förberedelser som behövs för verksamheten under höjd beredskap (3 kap. 1 § LEH). Detta är ett allmänt krav och det kan vara oklart vilka åtgärder som behöver vidtas. För att kunna göra en sådan dimensionering krävs vägledning om vilka sjukvårdsbehov som kan uppstå. Detta ligger bortom den regionala och kommunala kompetensen eftersom det bl.a. kräver kunskap om säkerhetspolitiska antaganden, Forsvarsmaktens planering och antaganden om skadefall. Den skyldighet som utredningen föreslår ska införas i hälso- och sjukvårdslagen innebär en inskränkning i den kommunala självstyrelsen genom att det införs en uttrycklig skyldighet för kommuner och regioner att följa planeringsanvisningar för totalförsvaret som staten har beslutat. Sådana anvisningar tar sin utgångspunkt i sådan kunskap som nämndes ovan. Som utredningen redovisat i avsnitt 4 behövs ett tydligt sammanhängande system för planering av totalförsvaret. Kommuner och regioner ansvarar för flera samhällskritiska funktioner varav hälso- och sjukvård är en. Det är statens ansvar att uttrycka vilka behov som föreligger och vad som behöver uppnås inom totalförsvaret genom planeringsanvisningar och krav på åtgärder. Eftersom kommuner och

regioner är självstyrande kan staten inte kräva att dessa ska utföra uppgifter om det inte finns stöd för det i lag. Även om det finns stöd för att kommuner och regioner ansvarar för hälso- och sjukvården i hela hotskalan och att de ska vidta förberedelser för höjd beredskap saknas krav på att de ska följa de av staten framtagna planeringsanvisningarna och genomföra sådana åtgärder som krävs. Det är därför motiverat att införa sådana bestämmelser i lag. Bestämmelserna är också proportionerliga genom att de begränsas till att skyldigheten bara omfattar åtgärder som staten också har lämnat finansiering för. Det får anses rimligt att staten som har det yttersta ansvaret för Sveriges försvar och som också finansierar åtgärder för totalförsvaret kan kräva att beslutade och finansierade åtgärder också genomförs av kommuner och regioner.

14.11.3 Konsekvenser för företagen

Utredningen bedömer att förslagen i detta betänkande inte kommer att innebära några konsekvenser för företag.

14.11.4 Konsekvenser för miljön

Utredningens förslag kan i olika delar ge konsekvenser för miljön. Betänkandets samlade förslag handlar om hur hälso- och sjukvården kan få en höjd förmåga till beredskap. Beredskap handlar om förberedelse. Även om uppbyggnaden av en beredskap kan ha en viss påverkan på miljön så leder det sannolikt i ett längre perspektiv till mindre påverkan. Utbrottet av covid-19 har tydligt visat på att panikåtgärder som inte är förberedda leder till många negativa konsekvenser. Att bygga upp beredskap handlar om att planera och skapa förmåga. Om detta görs med miljöhänsyn och på ett genomtänkt sätt bör det kunna ske utan negativ påverkan på miljön.

14.11.5 Konsekvenser för patienterna

Utredningens förslag syftar i olika delar att stärka beredskapen och förmågan i normalläge, kris eller krig. En stärkt beredskap och höjd förmåga innebär i förlängningen att förutsättningarna för patient-säkerheten stärks i samtliga av dessa tre lägen.

Utredningen har i avsnitt 14.1.1 visat på och beräknat undvikbara kostnader för samhället vid händelse av en större tågolycka. Utredning konstaterar att det finns både dödsfall och komplikationer för patienter som uppstått på grund av felaktiga beslut eller otillräckliga resurser. Utredningen kan också konstatera att många dödsfall och komplikationer för patienterna hade kunnat undvikas med bättre planering, samordning och övning. Utredningens förslag som gäller planering för händelser med många skadade, sjuka eller katastrofer, förslagen om ökad forskning, utbildning och övning, ökad samverkan kring sjuktransporter m.m. syftar till att bygga upp en ökad kunskap och beredskap för ett mer ändamålsenligt omhändertagande och säkrare vård för patienterna med lägre risk för komplikationer och för tidig död vid händelser med många skadade eller sjuka.

14.11.6 Jämställdhet mellan kvinnor och män

Påverkan på jämställdheten mellan män och kvinnor påverkas av utredningens arbete. Utredningens samlade förslag i detta betänkande handlar om att skapa en bättre beredskap och höjd förmåga vilket i sin tur leder till bättre förutsättningar för hälso- och sjukvården att bedriva en kvalitativ vård. Det i sig innebär att förutsättningarna för regioner och kommuner att bedriva en jämställd vård ökar.

Påverkan på jämställdheten mellan män och kvinnor påverkas tydligt på två sätt av utredningens arbete. Förslagen innebär på flera sätt att sjukvården, som har många kvinnodominerade yrken, får ett bättre utgångsläge genom en bättre planering och tydligare förväntningar på kommuner och regioner. Bättre planering och samordning innebär i förlängningen bättre förutsättningar för och mindre press på de som arbetar i vården under en kris.

Den kanske största betydelsen för jämställdheten mellan kvinnor och män utifrån utredningens arbete är de prioriteringar som ligger till grund för den beredskap som skapas. Det har egentligen en mycket vidare betydelse för jämlikheten att alla de som har störst behov av

vård ska få det. I de olika prioriteringar som kommer göras utifrån utredningens arbete är det därför viktigt att både jämställdhets- och jämlikhetsfrågan vägs in på ett bra sätt så att den beredskap som byggs upp kommer alla till del. För vården ovidkommande aspekter avseende exempelvis kön, etnicitet, sexuell läggning, funktionsvariation ska inte påverka prioriteringar.

14.11.7 Konsekvenser för barn

Kriser och krig är svåra för alla människor men kanske särskilt för barn. Utredningens förslag syftar till att stärka hälso- och sjukvårdens förmåga till planering och samordning. Detta ökar möjligheten för hela befolkningen att få vård i dessa svåra situationer. Detta gäller förstås även barnen. Barn som dör eller som skadas i olyckor med komplikationer, som hade kunnat undvikas, är en stor förlust för både anhöriga och för samhället som helhet. Utredningens samlade förslag syftar till att skapa en robustare beredskap i händelse av såväl mindre störningar som större. Nyttan av en robustare beredskap med färre komplikationer för patienterna och färre döda kommer också att komma barnen till del, se avsnitt 14.11.5

14.11.8 Samhällsekonomiska konsekvenser

Utredningens samlade förslag syftar till att skapa en robustare beredskap i händelse av såväl mindre störningar som större.

Det är svårt att beräkna de samhällsekonomiska konsekvenserna av utredningens samlade förslag mätt i kronor och ören. I avsnitt 14.1 uppskattar utredningen dock kostnaderna som följer av dagens nivå på beredskap som vi benämner nollalternativet. Nollalternativet gäller bland annat de kostnader som samhället drabbas av när det vid en olycka inträffar dödsfall och uppstår komplikationer för patienter som hade kunna undvikas med exempelvis bättre planering, ledning, samordning och övning. Dessa kostnader kan sägas vara en del av de kostnader som kommer att kvarstå om inte utredningens förslag genomförs. Med andra ord, om utredningens förslag genomförs kommer de kostnader som redovisas i avsnitt 14.1 till stor del inte att uppstå.

En central samhällsekonomisk konsekvens av utredningens förslag är högre produktion och tillväxt i samhällsekonomin som hel-

het, inte minst på lite längre sikt. Utredningen har beräknat att det finns en möjlig undvikbar kostnad på 553 miljoner kronor samt 2 592 undvikbara förlorade levnadsår. Och den kostnaden gäller endast för en olycka, det vill säga en tågolycka i samma omfattning som övningen TYKO. En olycka i paritet med TYKO händer tack och lov förhållandevis sällan, men resultatet från TYKO kan användas för att generalisera undvikbara kostnader även vid mindre olyckor. Patienter kan efter att ha råkat ut för olyckor snabbare återvända till arbetsmarknaden och bidra till samhällsekonomin i form av fler antal arbetade timmar. Snabbare återgång till arbete innebär även lägre uttag av sjukpenningdagar och därmed pressas utgifterna för staten nedåt. Vårdköer kan kortas och folkhälsan förbättras.

För medarbetare i kommunerna och regionerna kommer förslagen innebära en större trygghet och säkerhet vid arbete med olyckor. De svåra prioriteringar som vårdpersonal och andra behöver göra direkt på olycksplatser blir mindre betungande och arbetsmiljön förbättras därmed. Därutöver stärks allmänhetens förtroende för stat, kommun och regioner i tider av olyckor och kriser.

14.11.9 Sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet

Utredningens förslag i detta betänkande bedöms inte ge någon påverkan på sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet.

14.11.10 Fördelningspolitiska effekter

Utredningens förslag bedöms inte få några fördelningspolitiska effekter. Utredningen bedömer att förslagen i detta betänkande inte kommer att leda till några fördelningspolitiska effekter.

14.11.11 Konsekvenser för brottsligheten

Utredningen bedömer att förslagen i detta betänkande inte påverkar brottsligheten.

14.11.12 Konsekvenser för domstolarna

Utredningen bedömer att förslagen i detta betänkande inte kommer att få några konsekvenser för domstolarna.

14.12 Sammanställning av kostnader och finansieringsförslag

I nedanstående tabeller sammanställs samtliga redovisade kostnader för staten, kommuner samt regioner. Eftersom utredningens förslag sträcker sig över en längre tidsperiod och i vissa delar knyter an till försvarsbeslutsperioderna har utredningen valt att redovisa kostnaderna utifrån perioder som överensstämmer med dessa.

De samlade kostnaden för samtliga förslag beräknas till 86 miljoner kronor över tidsperioden 2023 till och med 2035. Kostnaderna fördelar sig enligt följande över tidsperioden, 42 miljoner kronor 2023–2025, 24 miljoner kronor 2025–2030 samt 20 miljoner kronor 2031–2035. Kostnaderna fördelar sig jämt över åren och få kostnadstoppar uppstår.

I sammanhanget vill utredningen påminna om att också dagens utformning av beredskap är behäftad med en rad samhällskonsekvenser, inte sällan i form av kostnader. Det gäller till exempel när brister i beredskapen leder till ett högre antal döda eller skadade personer vid olyckor som resulterar i förlorade levnadsår som hade kunnat undvikas. Så även om statens utgifter ökar som en följd av utredningens samlade förslag, och möjligen även till viss del resursåtgången för kommuner och regioner, så finns det också samhällsekonomiska vinster i form av undvikbara dödsfall och undvikbara komplikationer när hälso- och sjukvårdens beredskap stärks genom utredningens förslag. Dessa samhällsekonomiska vinster har beskrivits närmare i inledningen av detta kapitel.

Medel finns aviserade för att stärka och utveckla motståndskraften i hälso- och sjukvårdssektorn med 600, 1 100 respektive 1 050 miljoner kronor åren 2022–2024. Utredningen anser att delar av dessa medel kan användas att finansiera förslagen i detta betänkande. Övriga kostnader som uppstår till följd av förslag bedöms behöva äskas och finansieras inom kommande totalförsvarspropositioner 2026–2035. Utredningen föreslår att medel för att finansiera temporära uppdrag till myndigheter som kan bedöms stärka samhällets krisberedskap bör

förmedlas genom redan budgeterade anslag 2:4 medel och att nya kontinuerliga ansvarsområden finansieras via ökade förvaltningsanslag för att få en tydlig långsiktig finansiering.

Utredningen anser att det är angeläget att myndigheter och regioner och kommuner redogör för de investeringar som görs för att stärka beredskapen på en mer detaljerad ekonomisk nivå i framtiden. En mer detaljerad information kan säkerhetsställa att investeringar går dit behovet är som störst och utvärderingar kan göras avseende kostnadseffektivitet dvs. om investerade kostnader står i rimlig relation till den effekt av ökad beredskap som investeringen resulterar i.

Tabell 14.7 Samlade kostnader utifrån utredningens förslag (endast förslag som medför kostnader)

Milljoner kronor

Kostnadspost	2023	2024	2025	2026–2030	2031–2035	Total
Beredskapsråd						
Socialstyrelsen ska inrätta ett beredskapsråd)	3,9	3,8	3,7	16,8	14,5	42,5
System för Lägesbilder						
Socialstyrelsen ska tillsammans med andra berörda aktörer ta fram underlag för vilken information som behöver framgå av händelsestyd rapportering för lägesbilder						
<i>Uppdrag</i>	2,9	2,8	0	0	0	5,7
Erfarenhetsåterföring						
Socialstyrelsen ska analysera inträffade händelser e och sprida erfarenheter för att utveckla beredskapen	0,4	0,4	0,4	1,9	1,6	4,8
Sjukvårdens förmåga att hantera CBRN-händelser						
Socialstyrelsen bör ta fram rekommendationer om vilken grundläggande förmåga och utrustning som bör finnas i alla regioner	0,0	1,3	1,3	0,0	0,0	2,6

Kostnadspost	2023	2024	2025	2026–2030	2031–2035	Total
Blodgivning och hållbarhet						
Försvarsmakten och Socialstyrelsen ska tillsammans med regionerna ta fram underlag för hur frystorkad plasma kan lagras, användas och omsättas i vardagen	0,0	1,3	1,3	0,0	0,0	2,6
Hantering av avlidna						
Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, Socialstyrelsen, Polismyndigheten, Rättsmedicinalverket, Försvarsmakten, samt Svenska kyrkan ska i samverkan på nationell nivå ta fram centrala principer för hanteringen av avlidna.	0,0	1,3	1,3	0,0	0,0	2,6
Bättre beredskap för insatser utomlands						
Socialstyrelsen ska tillföras medel för utbildning och övning av personal från regioner som kontrakterats för katastrofmedicinska insatser utomlands.	1	0	0	0	0	1
Ansvar för utbildning och övning						
Socialstyrelsen ska ansvara för att ta fram nationella utbildningsplaner och stöd för kommuners och regioners behov av utbildning för att lösa de uppgifter som framgår av HSL.	0	0,7	0,6	2,9	2,5	6,8
Katastrofmedicin ska ingå i hälso- och sjukvårdspersonalens grundutbildning						
Ämnet katastrofmedicin ska införas i grundutbildningen för läkare och sjuksköterskor	0,0	2,8	8,2	0,0	0,0	11,1

Kostnadspost	2023	2024	2025	2026-2030	2031-2035	Total
Reglering av statens ansvar för inköp av pandemivaccin						
Det införs en bestämmelse i smittskyddslagen som anger att staten ansvarar för inköp av vaccin som används vid pandemi samt för kostnaderna för sådana inköp.	0	0	0	0	0	0
Hälsa- och sjukvårdens samverkan med statlig räddningstjänst						
Sjukvård på internationellt vatten	0,5	0,5	0,5	2,1	1,8	5,3
Förstärkningsresurser för laboratorieanalys						
Folkhälsomyndigheten ska få i uppdrag av regeringen att genomföra en analys av vilka statliga förstärkningsresurser för hälso- och sjukvård och smittskydd som behövs finnas och vilken eller vilka aktörer som bör bygga upp dessa.	1,4	0	0	0	0	1,4
Total	10	15	17	24	20	86

15 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Förslag: Författningsförslagen ska träda i kraft den 1 januari 2024.

Innan de författningsändringar som föreslås i detta betänkande kan träda i kraft måste förslaget remissbehandlas, bli föremål för Lagrådets granskning samt slutligen läggas fram för riksdagen. Det finns behov för berörda myndigheter, framför allt Socialstyrelsen som är den myndighet som främst berörs av utredningens förslag, att göra en översyn av flera föreskrifter och förbereda sin verksamhet utifrån de nya uppgifter som författningsförslagen medför. Utredningen föreslår att författningsförslagen ska träda i kraft den 1 januari 2024.

Utredningen lämnar i avsnitt 5.3 förslag till bestämmelser som medför skyldighet för kommuner och regioner att hjälpa en kommun eller region som har drabbats av en katastrof i vården. Bestämmelser om sådan hjälp föreslås införas i ett nytt 16 a kap. i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Utredningen har övervägt alternativa förslag till ikraftträdandebestämmelser för de bestämmelser som föreslås ska införas i ett nytt 16 a kap. hälso- och sjukvårdslagen.

Det första alternativet vilar på att riksdagen beslutar de föreslagna bestämmelserna under år 2023 och att de träder i kraft den 1 januari 2024 dvs. samtidigt som övriga författningsförslag föreslås träda i kraft. Det andra alternativet medför senare ikraftträdandedatum antingen genom ett i lagen senare angivet ikraftträdande eller att bestämmelserna får träda i kraft den dag regeringen bestämmer.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer föreslås enligt en bestämmelse få besluta om hjälp. För att fatta sådana beslut måste det finnas tillgång till adekvata beslutsunderlag. För att veta vilka uppgifter från kommuner och regioner som behövs för sådana beslutsunderlag krävs en ordentlig analys. Vidare måste beaktas

vilka uppgifter från statliga myndigheter som krävs för en lägesuppfattning och på vilket sätt dessa ska kunna inhämtas. Det krävs även andra förberedelser för att skapa strukturer för beslutsfattande och en organisation som kan hantera lägesrapporteringssystem, hjälpfrågor och samverkan. Enligt utredningens bedömning kan inte helt utslutas att de förberedelser som krävs för att kunna besluta om hjälp inte hunnits med till den 1 januari 2024. Utredningen föreslår dock ändå ett sådant ikraftträdande. Om det som framkommer vid en eventuell fortsatt beredning av förslaget ger anledning till det kan ikraftträdandet ändras.

Utredningen föreslår således att samtliga författningsförslag ska träda i kraft den 1 januari 2024.

Det bedöms inte finnas behov av några övergångsbestämmelser till dessa ändringsförfattningar.

16 Författningskommentar

16.1 Förslaget till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168)

7 kap.

4 b §

Staten ansvarar för inköp av vaccin som används vid pandemi samt för kostnaderna för sådana inköp.

Paragrafen är ny. Enligt befintliga bestämmelser i 7 kap. 4 § och 7 kap. 4 a § första stycket smittskyddslagen (2004:168) är det regionerna som ansvarar för kostnaderna för läkemedel och vaccin. Genom den föreslagna bestämmelsen övertar staten ansvaret för inköp av vaccin som används vid pandemi samt för kostnaderna för sådana inköp.

Regionerna har även fortsatt ansvar för kostnader för genomförandet av vaccinationer och andra kostnader som kan uppkomma i samband med hantering av vaccinerna även vid pandemi. Vacciner levereras många gånger som förfyllda sprutor. I dessa fall behöver inte vaccinatören separat köpa in de medicintekniska produkter, t.ex. kanyler och sprutor, som krävs för att kunna administrera läkemedlet. I samband med pandemier, när stora mängder vaccin ska tillverkas och levereras på kort tid sker detta som regel inte i förfyllda sprutor utan som ampuller eller vialer innehållande flera doser, s.k. multidosförpackningar. Vid sådana leveranser behöver vaccinatören själv köpa in de medicintekniska produkter som krävs för att kunna administrera vaccinet.

Vad som utgör en pandemi är i dag inte definierat i lag. Med pandemi avses enligt Nationalencyklopedin en epidemi, vanligen av infektionssjukdom, som sprids över världsdelar. Inom ramen för det internationella hälsoreglementet (IHR) är det Världshälsoorganisa-

tionen WHO som deklarerar att ett utbrott av smittsam sjukdom ska anses utgöra en pandemi. Sverige har implementerat IHR genom lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa. Statens kostnadsansvar för inköp av vaccin vid pandemi bör därmed begränsas till vacciner mot sådana smittsamma sjukdomar som WHO har deklarerat utgör pandemier.

De befintliga bestämmelserna i 7 kap. 1 och 2 §§ samt 7 kap. 4 och 4 a §§ smittskyddslagen kopplas direkt till minskad risk för smittspridning. Det kan förekomma situationer där vaccin vid pandemier inte fullt ut hindrar spridande av smitta, men kan ha stor betydelse för att förhindra utvecklandet av allvarlig sjukdom. Det kan därmed samtidigt minska behovet av komplicerad sjukhusvård och förhindra bestående funktionsnedsättningar och förtida död. Att enbart knyta frågan om kostnadsfrihet och kostnadsansvar för vacciner vid en pandemi till minskad smittspridning vore olämpligt. Statens kostnadsansvar enligt den nu föreslagna bestämmelsen i nya 7 kap. 4 b § ska därför även omfatta vacciner vid en pandemi som kan förhindra svår sjukdom och död.

Med vaccin som används vid pandemi avses bara de vacciner som används för vaccination mot den pandemiska sjukdomen. Regionerna har kvar kostnadsansvar för övriga vacciner som kan behöva ges med stöd av smittskyddslagen inom ramen för ordinarie hälso- och sjukvård.

Förslaget behandlas i avsnitt 10.3.

16.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap

1 kap.

3 §

Vad som sägs i denna lag gäller inte om annat följer av elberedskapslagen (1997:288) eller av bestämmelserna i 16 a kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

I 16 a kap. hälso- och sjukvårdslagen finns bestämmelser som medför skyldighet för kommuner och regioner att i vissa fall lämna varandra hjälp. När dessa bestämmelser om hjälp är tillämpliga, dvs. i de

fall hjälpen avser hälso- och sjukvårdens behov av resurser för att säkerställa vård som inte kan anstå, finns inte skäl att tillämpa bestämmelserna i 4 kap. 2 § lagen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap. Bestämmelserna i 4 kap. 1 § samma lag, som ger kommuner och regioner befogenheter att lämna hjälp till kommuner eller regioner som har drabbats av en extraordinär händelse i fredstid, ska liksom de övriga bestämmelserna i lagen alltså vara tillämpliga. Se i övrigt författningskommentarerna till bestämmelserna i 16 a kap. hälso- och sjukvårdslagen.

Förslaget behandlas i avsnitt 5.3.2.

16.3 Förslaget till lag om ändring i lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap

2 kap.

5 §

Kommuner och regioner som befolkningen lämnar på grund av utrymning är skyldiga att i skälig omfattning lämna hjälp till de kommuner och regioner som i större omfattning får ta emot befolkningen.

Vad som sägs i första stycket gäller inte om annat följer av 16 a kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Paragrafen innehåller bestämmelser som innebär skyldighet för kommuner och regioner att i vissa fall lämna hjälp i skälig omfattning.

Det införs ett nytt *andra stycket* i paragrafen. I 16 a kap. hälso- och sjukvårdslagen finns bestämmelser som medför skyldighet för kommuner och regioner att i vissa fall lämna varandra hjälp. När dessa bestämmelser om hjälp är tillämpliga, dvs. i fall som avser hjälp för att tillgodose hälso- och sjukvårdens behov av resurser för att säkerställa vård som inte kan anstå, ska inte bestämmelserna i första stycket tillämpas.

Förslaget behandlas i avsnitt 5.3.2.

16.4 Förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)

6 kap.

15 §

Utöver vad som annars följer av lag eller förordning är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att lämna ut sådana uppgifter som

1. gäller huruvida någon vistas på en sjukvårdsinrättning om uppgifterna i ett särskilt fall begärs av en domstol, en åklagarmyndighet, Polismyndigheten, Säkerhetspolisen, Kronofogdemyndigheten, Skatteverket eller under höjd beredskap av Försvarsmakten,

2. begärs av Säkerhetspolisen i ett enskilt fall och behövs i myndighetens verksamhet för personskydd för

a) statschefen, tronföljaren, en annan medlem av kungahuset, en talman, en riksdagsledamot, statsministern, ett statsråd, en statssekreterare eller kabinetssekreteraren,

b) en person vars personskydd Säkerhetspolisen ansvarar för i samband med statsbesök och liknande händelser, eller

c) en person som Säkerhetspolisen i ett enskilt fall har beslutat om personskydd för,

3. behövs för en rättsmedicinsk undersökning,

4. Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga, sociala och medicinska frågor behövs för sin verksamhet,

5. behövs för prövning av ett ärende om att avskilja en studerande från högskoleutbildning eller polisprogrammet, eller

6. behövs för prövning av någons lämplighet att ha körkort, traktorkort eller taxiförläggning enligt taxitrafiklagen (2012:211).

Enligt 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), i det följande kallad OSL, gäller sekretess inom hälso- och sjukvården för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men. Av 10 kap. 28 § OSL framgår att sekretess inte hindrar att en uppgift lämnas till en annan myndighet, om uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning. I 6 kap. 15 § patientsäkerhetslagen finns vissa bestämmelser om uppgiftsskyldighet för hälso- och sjukvårdspersonal.

I *första punkten* görs ett tillägg som innebär att hälso- och sjukvårdspersonalens uppgiftsskyldighet utökas så att uppgift om huruvida någon vistas på en sjukvårdsinrättning under höjd beredskap även ska lämnas till Försvarmakten när det efterfrågas i ett särskilt fall. Uppgiftsskyldigheten är därmed begränsad till att gälla under höjd beredskap när värnplikt med krigstjänstgöring aktualiseras enligt lagen (1994:1809) om totalförsvarspplikt. Avseende uttrycket höjd beredskap, se 1 § andra stycket lagen (1992:1403) om totalförsvar och höjd beredskap.

Precis som har angivits i tidigare förarbeten till bestämmelsen gäller uppgiftsskyldigheten endast att på fråga lämna uppgift om huruvida en viss person vistas på vårdinrättningen. Det är inte fråga om att Försvarmakten ska få tillgång till hälso- och sjukvårdens patientregister eller motsvarande. Däremot krävs enligt tidigare förarbeten inte att personen är känd till namn. (prop. 1981/82:186, s. 65.). Uppgiften om den enskildes hälsotillstånd omfattas av sekretess enligt 25 kap. 1 § även inom Försvarmaktens hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Förslaget behandlas i avsnitt 12.4.

16.5 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

2 kap.

8 §

Med katastrof avses i denna lag en situation i hälso- och sjukvården där resurserna är otillräckliga för att utföra vård som inte kan anstå med normala kvalitetskrav och där det inte heller är möjligt att inom kort tillföra de nödvändiga resurserna.

Paragrafen är ny och innehåller en definition uttrycket katastrof. Hälso- och sjukvården är till stor del anpassad efter vårdbehov som kan förutses och som är relativt stabila över tid. Vissa händelser kan dock medföra hastigt uppkomna vårdbehov som endast kan omhändertas genom vissa omställningar och resursförstärkningar av vården. Exempel på sådana händelser är olyckor som medför ett stort antal skadade eller sjukdomsutbrott, t.ex. en epidemi eller pandemi, som medför ett stort antal sjuka. Det är inte alltid som alla vård-

resurser som krävs för att omhänderta ett stort antal skadade eller sjuka finns momentant tillgängliga, Det krävs ofta åtgärder för att ställa om vård och tillföra olika resurser som inte finns lokalt tillgängliga. Sådana situationer är också en del av vårdens vardag på exempelvis olycksplatser där det kan ta viss tid innan tillräckliga resurser för prehospitalet akutsjukvård finns på platsen eller tillräcklig kapacitet finns att avtransportera alla skadade. Detsamma gäller till viss del även i akutsjukvården där även en svårt sjuk person kan få vänta viss tid på att omhändertas. Om en resursbrist kan åtgärdas inom kort tid är det inte en katastrof. Det kan vidare konstateras att det för att utföra vård som inte kan anstå med normala kvalitetskrav kan behövas tillgång till även andra resurser än sådana som är direkt förknippade med vårdens utförande. Utöver t.ex. sjukvårdsprodukter framstår tillgång till informations- och kommunikationsteknologi, vatten, el och värme som nödvändiga. Sådana resurser omfattas också av definitionen.

Vad gäller innebörden av uttrycket vård som inte kan anstå, som ingår i definitionen, så framgår innebörden av detta uttryck av förarbeten till andra författningar på hälso- och sjukvårdsområdet (se prop. 2007/08:105 s. 37 f. och prop. 2012/13:109 s. 40). Vård som inte kan anstå kan övergripande beskrivas som sådan vård och behandling av sjukdomar och skador där även en måttlig fördröjning bedöms medföra allvarliga följder för patienten. Det är ofrånkomligt att det finns viss dynamik i detta uttryck. Utförandet av viss vård kan beroende på omständigheterna i det enskilda fallet anstå i kanske bara några timmar, medan vården i andra fall kan anstå i en eller flera dagar, i veckor eller i månader. Den vård som i ett första läge kan anstå i veckor kan när dessa veckor har passerat vara sådan att den inte längre kan anstå. Det är därför naturligt att bedömningen av vilken vård som kan anstå behöver omprövas över tid.

Förslaget behandlas i avsnitt 5.3.2.

6 kap.

2 §

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om

- 1. behörighet för anställning och tillsättning av tjänster inom hälso- och sjukvården,*
- 2. skyldigheter för läkare som är anställda vid sjukvårdsenheter där det bedrivs högskoleutbildning för läkarexamen och forskning,*
- 3. hälso- och sjukvård som behövs till skydd för enskilda,*
- 4. planering för att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt inför katastrofer, och*
- 5. planering av totalförsvarets hälso- och sjukvård.*

Det bemyndigande som tidigare fanns i *tredje punkten*, dvs. bemyndigandet som innebar som innebar att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om hälso- och sjukvården i fredstid om det ur ett nationellt perspektiv finns behov av katastrofmedicinska insatser, utgår ur lagen. Detta innebär att tredje och fjärde punkterna i paragrafen har omnummererats. Det har också införts två nya bemyndiganden i paragrafen.

Det första nya bemyndigandet finns i *fjärde punkten* och innebär att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om planering för att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt inför katastrofer, (jfr 7 kap. 2 § och 11 kap. 3 § i utredningens förslag). Vad som avses med katastrof framgår av författningskommentaren till 1 kap. 3 §. Av samma kommentar framgår också vad som avses med uttrycket vård som inte kan anstå.

Det andra nya bemyndigandet finns i *femte punkten* och innebär att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om planering av totalförsvarets hälso- och sjukvård (jfr 7 kap. 2 b § och 11 kap. 2 a §).

Andra bemyndiganden i lagen som också kan ge utrymme för föreskrifter om planering ska inte tillämpas för föreskrifter om planering som omfattas av de två nya bemyndigandena (jfr exempelvis 6 kap. 1 § 2 och 6 kap. 2 § 3).

Förslaget behandlas i avsnitt 5.1.3.

7 kap.

2 §

Regionen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård.

Regionen ska vid planeringen särskilt beakta

- 1. den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare,*
- 2. behovet av beredskap för att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka, katastrofer samt andra händelser som allvarligt kan inverka på regionens förutsättningar att fullgöra sina skyldigheter enligt 8 kap. eller andra föreskrivna krav som gäller för hälso- och sjukvård, och*
- 3. behovet av gemensam planering med kommuner i regionen för att säkerställa en sammanhängande vårdkedja även i situationer som avses i 2.*

I paragrafen finns grundläggande bestämmelser om planering av hälso- och sjukvård. Paragrafens *första stycke* motsvarar helt paragrafens nuvarande första stycke. Paragrafens nuvarande *andra stycke* ändras och det nuvarande *tredje stycket*, som avser planering för upprätthållande av katastrofmedicinsk beredskap utgår ur lagen.

Planeringsbestämmelser som i hög grad motsvarar andra stycket finns i 11 kap. 2 §. Att planeringsbestämmelserna för kommuner och regioner i stort motsvarar varandra innebär dock inte att planeringen kommer att vara lika. Detta eftersom kommuner och regioner enligt hälso- och sjukvårdslagen har olika ansvar för hälso- och sjukvård och deras verksamheter skiljer sig därför åt på många sätt.

Hälso- och sjukvård är en samhällsviktig verksamhet och en prioriterad del av civilt försvar. Till de mest centrala kraven i HSL hör regionernas och kommunernas skyldigheter enligt 8 kap. och 12 kap. att erbjuda vård, men det finns även många andra rättsliga krav för hälso- och sjukvård som ska följas. Kommuner och regioner har att i alla lägen, dvs. även under mycket svåra förhållanden i fred och i krig, följa de rättsliga krav som gäller för hälso- och sjukvård. De måste således planera hälso- och sjukvården så att bl.a. de skyldigheter att erbjuda god vård som anges i HSL kan fullgöras i alla lägen. Skyldighet för regioner att erbjuda vård finns även genom bestämmelser i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. och

lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

Planeringsbestämmelsen i *andra stycket första punkten* avses i sak motsvara paragrafens nuvarande andra stycke.

Planeringsbestämmelserna i *andra stycket andra punkten* framhåller behovet av planering för att hantera vissa situationer som utgör en särskild utmaning för hälso- och sjukvården och som, om eller när de inträffar, i hög grad medför risk för att en region inte klarar att leva upp till krav som ställs i gällande rätt. Sådana situationer kan uppkomma genom händelser som medför många skadade, t.ex. stora olyckor och även uppsåtliga antagonistiska handlingar såsom vid terrorattentat eller krig. Epidemier, pandemier och andra stora sjukdomsutbrott utgör exempel på händelser som medför ett stort antal sjuka. Omhändertagandet av ett stort antal skadade eller sjuka ska, utom vid katastrofer, ske med upprätthållande av normala kvalitetskrav (jfr förslaget till 16 a kap. 7–8 §§). Hälso- och sjukvården i kommuner och regioner är anpassade efter att kommunala och regionala förutsättningar varierar och av det skälet finns det i olika kommuner och regioner olika vårdkapacitetsgränser. Vad som utgör ett stort antal skadade eller sjuka måste således i viss mån avgöras utifrån den vårdkapacitet som finns i respektive kommun och region. Att ange ett exakt tal för hur många skadade eller sjuka som utgör ett ”stort antal” skulle således inte vara en lämplig ordning.

Vid en katastrof blir det aktuellt att tillämpa katastrofmedicin. Det finns anledning att räkna med att vårdstandarden vid en katastrof kommer att sjunka och att det i vissa fall kan bli nödvändigt att använda andra undersöknings- och behandlingsmetoder än de som normalt används. Det krävs planering även för att kunna minimera följderna av en katastrof. Vad som avses med katastrof framgår av författningskommentaren till 1 kap. 3 §. Av samma kommentar framgår också vad som avses med uttrycket vård som inte kan anstå.

Vid planering av hälso- och sjukvård måste också särskilt beaktas att vissa andra händelser än sådana som nämns ovan (stora olyckor, terrorhandlingar, pandemier etc.) allvarligt kan inverka på kommuners och regionens förutsättningar att fullgöra sina skyldigheter att erbjuda vård eller andra föreskrivna krav som gäller för hälso- och sjukvård. Exempel på sådana händelser är klimathändelser, störningar i informations- och kommunikationsteknologi samt i el- eller vattenförsörjningen.

Även om kommuner och regioner inte har samma vårdansvar, då är de beroende av varandras resurser för att upprätthålla vård som inte kan anstå. Patienter inom exempelvis regioners slutenvård som är utskrivningsklara kan behöva fortsatt vård som kommuner ska ansvara för. Patienter som kommuner har ett vårdansvar för kan behöva vård som regioner ansvarar för. Vid krig är det mycket sannolikt att regioner kommer att få omhänderta ett större antal skadade än normalt och dessa kommer senare att behöva fortsatt vård och rehabilitering i en kommun. Det är därför rimligt att kommunen i sin planering beaktar även ett ökat antal skadade även om ansvaret att ge t.ex. den initiala livräddande vården inte ankommer på kommunen. Sannolikt kommer det att finnas många situationer där en patient även behöver insatser från socialtjänsten. Behovet i en kommun att kunna omhänderta bl.a. olika skador kommer därmed också öka.

Genom *andra stycket tredje punkten* framhålls därför behovet av gemensam planering för att säkerställa att det även under särskilt utmanande förhållanden finns en sammanhängande vårdkedja mellan kommuner och regioner. I 7 kap. 7 § och i 11 kap. 3 § finns bestämmelser som innebär att kommuner och regioner i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.

Förslaget behandlas i 4 kap. och avsnitt 5.1.

2 b §

Regionen ska följa statliga planeringsanvisningar för totalförsvarets hälso- och sjukvård samt utföra de särskilda åtgärder för sådan hälso- och sjukvård som staten har bestämt.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer beslutar om sådana planeringsanvisningar och särskilda åtgärder som avses i första stycket.

Paragrafen är ny. Bestämmelser som i sak motsvarar denna paragraf, utom i det avseendet att de gäller för kommuner, finns i 11 kap. 2 a §.

I *första stycket* ställs krav på att regioner ska följa statliga planeringsanvisningar och utföra sådana särskilda åtgärder för totalförsvarets hälso- och sjukvård som staten bestämt. Särskilda åtgärder kan bestå i exempelvis särskild dimensionering av antalet vårdplatser, an-

skaffning av särskild skydds- eller saneringsutrustning för att klara vård av krigsskadade eller utbildning för att skapa särskild förmåga att omhänderta skade- eller sjukdomspanoraman som inte normalt förekommer utan är relaterade till krigshandlingar. Bestämmelsen innebär ingen begränsning av kommunernas och regionernas ansvar enligt HSL att anpassa och planera den ordinarie vården, t.ex. cancervård eller hjärtvård, så att den kan utföras även vid höjd beredskap och krig.

Av *andra stycket* följer att det är regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer som beslutar om sådana planeringsanvisningar och särskilda åtgärder som avses i första stycket. Anvisningar och krav om åtgärder har historiskt inte tagits in i föreskrifter. Inget torde i och för sig hindra att det meddelas vissa föreskrifter med krav på åtgärder (se 6 kap. 1 § 2 och 6 kap. 2 § 4), men detta bedöms inte vara den ordning som kommer att användas. Det får förutsättas att planeringsanvisningar för kommuner och regioner är anpassade efter de olika ansvar för hälso- och sjukvård som de har enligt gällande rätt.

Förslaget behandlas tämligen utförligt i 4 kap. och avsnitt 5.1.

2 c §

Regionen ska lämna de uppgifter som behövs för planering av totalförsvarets hälso- och sjukvård.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela närmare föreskrifter om uppgiftsskyldighet enligt första stycket.

Paragrafen är ny och innehåller bestämmelser om uppgiftsskyldighet. Bestämmelser som i sak motsvarar denna paragraf, utom i det avseendet att de gäller för kommuner, finns i 11 kap. 2 b §.

Genom *första stycket* föreskrivs skyldighet för en region att lämna de uppgifter som behövs för planering av totalförsvarets hälso- och sjukvård. Det är i allt väsentligt kommuner och regioner som har ansvar för att erbjuda befolkningen vård, men det är statens ansvar att t.ex. bedöma påverkan på samhället, förväntade militära och civila skadevolymerna och skadepanorama i samband med krigshandlingar samt dimensionera och ge planeringsanvisningar för totalförsvaret. Staten kan för dimensionering och framtagande av planeringsanvisningar behöva exempelvis uppgifter om kapacitetsgränser vad gäller antal vårdplatser eller personal och uppgifter om antal sjuktransporter eller sär-

skilda förstärkningsresurser som en region förfogar över. Uppgiftsskyldigheten säkerställer att staten får tillgång till de uppgifter avseende hälso- och sjukvård som behövs för nödvändig totalförvarsplanering. Uppgifter som ska lämnas kan omfattas av sekretess (se 15 kap. 2 § och 10 kap. 28 § offentlighets- och sekretesslagen [2009:400]).

Bemyndigandet i *andra stycket* innebär att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan precisera vilka uppgifter som regioner ska lämna, när uppgifter ska lämnas och vart uppgifter ska lämnas.

Förslaget behandlas i avsnitt 5.1.2.

11 kap.

2 §

Kommunen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård.

Kommunen ska vid planeringen särskilt beakta

- 1. den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare,*
- 2. behovet av beredskap för att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka, katastrofer samt andra händelser som allvarligt kan inverka på kommunens förutsättningar att fullgöra sitt ansvar enligt 12 kap. eller andra föreskrivna krav som gäller för hälso- och sjukvård, och*

- 3. behovet av gemensam planering med regionen för att säkerställa en sammanhängande vårdkedja även i situationer som avses i 2.*

Paragrafen innehåller bestämmelser om planering. Paragrafens första stycke motsvarar nuvarande första stycke. I *andra stycket första punkten* finns en bestämmelse som i sak avses motsvara nuvarande andra stycket. Bestämmelserna i *andra stycket punkterna 2 och 3* är nya. Planeringsbestämmelser som i huvudsak motsvarar andra stycket finns i 7 kap. 2 §.

Andra stycket tredje punkten innebär att kommunerna i en region ska beakta behovet av gemensam planering med regionen.

Se även författningskommentaren till 7 kap. 2 § vad gäller planeringsbestämmelserna.

Förslaget behandlas i avsnitt 5.1.

2 a §

Kommunen ska följa statliga planeringsanvisningar för totalförsvarets hälso- och sjukvård samt utföra de särskilda åtgärder för sådan hälso- och sjukvård som staten har bestämt.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer beslutar om sådana planeringsanvisningar och särskilda åtgärder som avses i första stycket.

Paragrafen är ny. Bestämmelser som i sak motsvarar denna paragraf, utom i det avseende att gäller för regioner, finns i 7 kap. 2 b §. Se författningskommentaren till 7 kap. 2 b §.

Förslaget behandlas i avsnitt 5.1.2.

2 b §

Kommunen ska lämna de uppgifter som behövs för planering av totalförsvarets hälso- och sjukvård.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela närmare föreskrifter om uppgiftsskyldighet enligt första stycket.

Paragrafen är ny. Genom paragrafen föreskrivs skyldighet för en kommun att lämna de uppgifter som behövs för planering av totalförsvarets hälso- och sjukvård. Bestämmelser som i sak motsvarar denna paragraf, utom i det avseende att de gäller för regioner, finns i 7 kap. 2 c §. Se författningskommentaren till 7 kap. 2 c §.

Förslaget behandlas i avsnitt 5.1.2.

15 kap.

2 §

Regioner får med bibehållet huvudmannaskap och vårdgivaransvar sluta avtal med kommunal eller statlig räddningstjänst om att utföra vård i väntan på sjuktransport. Av avtalet ska framgå de särskilda villkor som gäller för uppdraget.

Paragrafen är ny. Bestämmelsen ger regioner möjlighet att överlämna uppdrag att bedriva viss hälso- och sjukvård till kommunal eller stat-

lig räddningstjänst i väntan på sjuktransport. Den bestämmelse som finns i 15 kap. 1 § HSL och som anger att regioner och kommuner med bibehållet huvudmannskap får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen eller kommunen ansvarar för enligt denna lag syftar enligt förarbeten till att regioner får ingå avtal med privata aktörer. Den ger inte regionerna rätt att överlåta uppgifter på kommunala eller statliga aktörer.

Paragrafen är utformad med 15 kap. 1 § HSL som utgångspunkt. Enligt bestämmelsen ska det av avtalet framgå de särskilda villkor som gäller för uppdraget. I 15 kap. 1 § används begreppet ”överlämnandet”. Av förarbeten till den bestämmelsen framgår att det syftar till att de rättsliga principer som gäller för offentlig förvaltning ska följas även när en förvaltningsuppgift genom entreprenadavtal lämnas över till privata aktörer (prop. 2004/05:89, s. 19 f och 27). Det är i fallet med IVPA-avtal, dvs. avtal som rör viss vård *i väntan på ambulans*, inte fråga om att på liknande sätt som i 15 kap. 1 § överlämna ansvaret för viss verksamhet till andra, utan om att avtala om att kommunal och statlig räddningstjänst får komplettera regionernas verksamhet till dess att regionen själv får möjlighet att ta över ansvaret för patienten.

Regionen ansvarar som vårdgivare för alla vårdåtgärder som räddningstjänstpersonalen vidtar med stöd av avtalet. Eftersom avtal med stöd av denna bestämmelse endast kan ingås med offentliga aktörer i form av kommunal eller statlig räddningstjänst finns inte skäl att i avtalen reglera bestämmelser för offentlig förvaltning. Däremot bör patientskadelagens (1996:799) tillämpning säkerställas genom bestämmelser i IVPA-avtalen, samt hur dokumentation av vårdåtgärder och rapportering av patientsäkerhetsrisker ska ske. Det finns därutöver skäl att i avtalen bl.a. klargöra arbetsrättsliga förhållanden, ansvar för utrustning samt för utbildning och övning.

Enligt 2 kap. 2 § kommunallagen (2017:725) får kommuner och regioner inte ha hand om sådana angelägenheter som enbart staten, en annan kommun, en annan region eller någon annan ska ha hand om. För att kommuner ändå ska kunna ingå avtal med regioner om att i väntan på sjuktransport utföra viss vård som regionen ansvarar för finns redan i dag en särskild bestämmelse i 3 kap. 2 § lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter som anger att kommuner får ingå avtal med regioner om att utföra sjuktransporter och att utföra hälso- och sjukvård i väntan på sådana transporter. Denna

bestämmelse möjliggör därmed för kommunen att åta sig ett IVPA-avtal, medan den nu föreslagna bestämmelsen i 15 kap. 2 § HSL möjliggör för regionen att överlåta uppgiften att utföra sådan vård för regionens räkning till kommunal eller statlig räddningstjänst. Det ger också legalt stöd för att de statliga räddningstjänstaktörerna får åta sig att utföra sådan vård i väntan på sjuktransport. Med sjuktransport avses i denna bestämmelse sådan sjuktransport som regionerna ansvarar för enligt 7 kap. 6 § HSL. Vilken vård som ska kunna överlåtas till räddningstjänstaktörer regleras för närvarande i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:10) om ambulanssjukvård, vilka behöver ses över med anledning av införandet av denna bestämmelse.

Förslaget behandlas i avsnitt 11.6.

16 a kap. Skyldighet att lämna hjälp och beslut om katastroftillstånd

1 §

Om en kommun eller en region drabbats av en katastrof är andra kommuner och regioner skyldiga att lämna hjälp. En kommun eller region är inte skyldig att lämna hjälp om den själv har drabbats av en katastrof eller inom överskådlig tid kan antas bli drabbad av en sådan.

En kommun eller region är trots vad som anges i första stycket andra meningens skyldig att lämna hjälp till andra kommuner eller regioner som har avsevärt sämre förutsättningar att utföra vård som inte kan anstå.

Paragrafen är ny. Av första stycket framgår att kommuner och regioner i vissa fall är skyldiga att hjälpa andra kommuner och regioner som har drabbats av en katastrof. Vad som avses med katastrof framgår av författningskommentaren till 1 kap. 3 §. Av samma kommentar framgår också vad som avses med uttrycket vård som inte kan anstå.

Den skyldighet att lämna hjälp som anges i första stycket avgränsas på det viset att en kommun eller region som själv har drabbats av en katastrof eller inom överskådlig tid kan antas bli drabbad av en sådan, inte är skyldig att lämna hjälp. Vad som utgör överskådlig tid måste avgöras med beaktande av omständigheterna i det enskilda fallet. Allmänt kan sägas att det i situationer med omfattande störningar i samhället, såsom vid gräzonsproblematik eller vid krig, många gånger endast är möjligt att göra bedömningar utifrån korta tidshorisonter.

I andra situationer kan möjligheterna att bedöma framtiden variera, men sannolikt kommer det i många fall vara möjligt att göra bedömningar som sträcker sig över en något längre tid.

Den hjälp som kan krävas kan vara av olika karaktär. Hjälp kan bestå av att patienter t.ex. flyttas till en annan kommun eller region för vård. En annan möjlighet är att en kommun, en region, eller staten skickar de resurser som krävs för vården till den hjälpbehövande kommunen eller regionen. Sådana resurser kan t.ex. utgöras av förstärkningsenheter dvs. grupper med tillhörande utrustning, personal, sjukvårdsprodukter eller annan utrustning. Det kan också krävas sjuktransporter, drivmedel, vatten, värmesystem, fläktar och andra liknande resurser som inte används vid själva utförandet av vården. Skyldighet att lämna hjälp omfattar alla sorters resurser som behövs för att utföra vård som inte kan anstå, men kan aldrig avse andra resurser än de som en kommun eller region kan förfoga över.

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (3 kap. 1 § första stycket HSL). I en situation där det inte går att häva uppkomna katastrofer finns det skäl att försöka säkerställa att kommuner eller regioner ges mer likvärdiga förutsättningar att utföra vård som inte kan anstå. Av *andra stycket* följer därför att en kommun eller region, trots vad som anges i första stycket andra meningen, är skyldig att lämna hjälp till andra kommuner eller regioner som har avsevärt sämre förutsättningar att utföra vård som inte kan anstå. Skyldighet att lämna hjälp föreligger således i detta fall endast då det föreligger avsevärda skillnader. Bedömningar av om det finns sådana skillnader kommer att ha sin utgångspunkt i de lägesbilder som kommuner och regioner ska lämna samt av vad som framkommer vid samverkan. Det är inte möjligt att ange annat än mer allmänna utgångspunkter för bedömningar av vad som utgör en avsevärd skillnad. Det måste vid sådana bedömningar beaktas att olika patientgrupper många gånger har skilda vårdbehov. Bedömningar måste därför göras med utgångspunkt i hur stora skillnader som kvarstår mellan patientgrupper som har motsvarande vårdbehov efter att nödvändig omställning av vårdutbudet och bästa möjliga resursmobilisering gjorts. Prioriteringsordningar av olika patientgrupper utgör också en utgångspunkt för bedömningar. Det får i övrigt lämnas åt regeringen, eller den myndighet som regeringen har bestämt ska besluta om hjälp, att bedöma vad som kan anses utgöra en avsevärd skillnad.

Förslaget behandlas i avsnitt 5.3.

2 §

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får besluta att en kommun eller region ska lämna hjälp enligt 1 §.

En kommun eller region som behöver eller kan komma att behöva hjälp av andra kommuner eller regioner ska anmäla detta till den som enligt första stycket har att besluta om hjälpen.

Paragrafen är ny. Kommuner och regioner ska så långt möjligt själva lösa uppkomna hjälpbehov (se författningskommentaren till 3 § andra stycket). När en lösning inte kan åstadkommas på det viset ska regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kunna besluta om hjälp. Detta framgår av *första stycket*.

Av *andra stycket* följer att kommuner och regioner som behöver eller kan komma att behöva hjälp är skyldiga att anmäla detta till den som har att besluta om hjälp, dvs. regeringen eller den myndighet som regeringen har bestämt. Det är viktigt att en anmälan görs så snart det är möjligt. Vid vissa händelser kan det mycket snabbt stå klart för en kommun eller region att det kommer att behövas hjälp. I andra fall kan det vara mer oklart om det kommer att uppkomma ett hjälpbehov men att det en finns risk för att hjälp kan behövas. De ytterligare föreskrifter som behövs för bl.a. anmälan kan meddelas med stöd av bemyndigandet i 6 § andra stycket.

Förslaget behandlas i avsnitt 5.3.

3 §

Beslut om hjälp enligt 2 § ska grunda sig på en samlad bedömning av omständigheterna varvid sådan hjälp som kan ordnas genom staten särskilt ska beaktas.

Beslut om att hjälp ska lämnas får fattas om det kan antas att en hjälpbehövande kommun eller region saknar förutsättningar att ordna tillräcklig hjälp på egen hand.

Paragrafen är ny. Av *första stycket* följer bl.a. att beslut om hjälp ska grunda sig på en samlad bedömning av omständigheterna. Omständigheterna kan se mycket olika ut. En given förutsättning för beslut som innebär att det ska lämnas hjälp är att det framstår som sannolikt att beslutet kan effektueras. Även om hjälp kan ordnas så blir den in-

effektiv om de vårdbehov som ska tillgodoses redan har upphört när hjälpen kommer fram, eller om hjälpen överhuvudtaget inte kan komma fram. Omfattningen av hjälpbehov och förutsättningarna att tillgodose dessa kan variera betydligt. Det måste tas hänsyn till en mängd olika förhållanden. Det kan inte minst vid krig finnas stora svårigheter att på grund av t.ex. begränsningar i luftrum, förstörd infrastruktur och pågående stridshandlingar transportera patienter eller resurser mellan vårdgivare i olika delar av landet. Även i fred kan transportresurserna vara begränsande beroende på de transportbehövandes särskilda krav på t.ex. skyddsutrustning (vid smitta) eller särskild medicinteknisk utrustning och personal (vid intensivvård). Men även de särskilda krav som gäller för transporter av vissa produkter, t.ex. krav på kylförvaring och spårbarhet, kan medföra problem att flytta resurser. Även om det kan finnas fördelar med att en hjälplämnare ligger geografiskt nära den som behöver hjälp är det inte alltid möjligt eller lämpligt att de kommuner eller regioner som ligger närmast svarar för hjälpen. Ibland är de som ligger närmast drabbade av samma händelse som den hjälpbehövande kommunen eller regionen.

En av de stora utmaningarna med hjälpbeslut är att det i vissa fall inte ens med stöd av goda prognosverktyg går att utesluta stora avvikelser mellan prognos och verkligt utfall. Beroende på det allmänna läget i Sverige och internationellt kan det vara mer eller mindre svårt att förutse vad som kommer att ske framöver. Om landet befinner sig i krig eller i en omfattande gråzonsproblematik är det nödvändigt att räkna med att det kommer att inträffa händelser som påverkar förutsättningar att lämna eller ta emot hjälp. Det kan givetvis inte heller uteslutas att det även i ett normalläge eller vid mindre svåra samhällsstörningar inträffar händelser som påverkar hjälpförutsättningarna, exempelvis kan en brand medföra att patienter måste evakueras från ett sjukhus eller att lagerhållna sjukvårdsprodukter blir obrukbara. Det är dock som regel inte möjligt att göra bedömningar om hjälp med beaktande av sådana osäkerhetsfaktorer. Vid höjd beredskap, men även vid gråzonsproblematik som inträffar innan beredskapen har höjts, kan dock beslutsmyndigheten ha information, exempelvis från Försvarmakten eller från Säkerhetspolisen, som inte kan delges andra på grund av sekretess, men som ger bättre förutsättningar att bedöma vad som kan komma att ske i landet framöver. Sådan information får värderas och vägas in vid beslut om hjälp.

Av *första stycket* följer också att sådan hjälp som kan ordnas genom staten särskilt ska beaktas vid bedömningar av hjälpbehov. Det kan exempelvis vara sådana lager med t.ex. sjukvårdsprodukter som staten kan förfoga över eller internationell hjälp. Regeringen och vissa statliga myndigheter kan ha ansvar för frisläppande av statliga resurser som kan vara lämpliga för att tillgodose kommuners eller regioners hjälpbehov. Huruvida dessa alls kan eller bör tas i anspråk måste undersökas i varje enskilt fall för att bedöma hur hjälpbehov lämpligast kan tillgodoses.

Bestämmelsen i *andra stycket* innebär att beslut om att hjälp ska lämnas får fattas när det kan antas att en hjälpbehövande kommun eller region uttömt möjligheterna att lösa resursbristen på egen hand. Om de återstående åtgärder som en kommun eller region kan vidta, t.ex. omställningar av egen vård eller genom överenskommelser med andra kommuner eller regioner, inte bedöms räcka för att lösa en situation kan beslut om hjälp lämnas. Beslut om att hjälp ska lämnas skulle bli ineffektiv om hjälpbehovet redan har upphört när hjälpen väl är på plats. När en kommun eller region på kort tid själva kan ordna nödvändiga resurser föreligger inte en katastrof i hälso- och sjukvården, vilket också framgår av definitionen av uttrycket katastrof (se författningskommentaren till 1 §).

Förslaget behandlas i avsnitt 5.3.

4 §

Regioner, kommuner och statliga myndigheter är på anmodan av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer skyldiga att samverka i frågor om hjälp.

Paragrafen är ny. Den skyldighet att samverka som följer av paragrafen säkerställer att regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer ska besluta om hjälp, kan genomföra nödvändig samverkan. Skyldigheten gäller för kommuner, regioner och statliga myndigheter. Beträffande statliga myndigheter är det sannolikt främst myndigheter med ansvar för frisläppande av lagerhållna produkter, myndigheter med ansvar för prioriteringar eller ransoneringar av resurser mellan olika samhällssektorer, myndigheter som kan begära internationellt stöd eller myndigheter som kan meddela föreskrifter

eller beslut om undantag från bestämmelser i gällande rätt som har betydelse för att lösa en katastrof som kommer i fråga för samverkan. En samverkansgrupps sammansättning behöver anpassas efter situationen och det innebär också att sammansättningen av gruppen kan förändras över tid.

Förslaget behandlas i avsnitt 5.3.

5 §

En kommun eller region som efter beslut enligt 2 § har lämnat hjälp har rätt till skälig ersättning för hjälpen. Ersättningen ska betalas av den kommun eller region som har tagit emot hjälpen.

Paragrafen är ny. En skälighetsbedömning enligt paragrafen torde i flertalet fall medföra att kostnaderna för hjälpen ersätts fullt ut. I enstaka fall kan det dock inte helt uteslutas att hjälp har lämnats på ett sådant sätt att det medfört oskäligt höga kostnader. Vad som är skäligt får avgöras utifrån en helhetsbedömning av omständigheterna i det enskilda fallet.

Mellan regionerna finns redan olika avtal med bl.a. tillhörande prislistor som gäller i de fall en person får vård utanför sin hemregion. Ett exempel är riksavtalet för utomlänsvård, men det finns också andra avtal. Riksavtalet reglerar bland mycket annat även vägambulanser, helikoptrar och ambulansflyg. Regioner och kommuner kan således, med utgångspunkt från bl.a. de olika existerande avtal, på förhand träffa överenskommelser om hur skälig ersättning enligt denna lag ska regleras. En sådan ordning ökar förutsägbarheten och innebär också att risken för tvister vid domstol om ersättningar i stort kan elimineras.

Förslaget behandlas i avsnitt 5.3.

6 §

Kommuner och regioner ska lämna de uppgifter som behövs för beslut om hjälp till den som enligt 2 § får besluta om hjälp.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela de ytterligare föreskrifter som behövs för beslut om hjälp.

Paragrafen är ny. Det är av avgörande betydelse att den som har att besluta om hjälp snabbt kan överblicka situationen och skapa sig en tillräckligt god lägesuppfattning för att fatta nödvändiga beslut. Den uppgiftsskyldighet som anges i *första stycket* syftar till att säkerställa att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska besluta om hjälp har tillgång till beslutsunderlag med relevanta uppgifter om exempelvis vissa fastställda kapacitetsgränser, uppgifter om vårdresurser och vårdbelastning och hur förhållandena mellan dessa parametrar och utvecklar sig.

Det bemyndigande som finns i *andra stycket* säkerställer att det kan meddelas förskrifter om exempelvis vilka uppgifter som kommuner och regioner ska lämna, hur ofta uppgifter ska lämnas, hur uppgifter ska lämnas, vad en anmälan av hjälpbehov ska innehålla och hur anmälan ska ske. Bemyndigandet omfattar inte föreskrifter om ersättning (5 §) utan enbart föreskrifter som behövs för beslut om hjälp.

Förslaget behandlas i avsnitt 5.3.

7 §

Om en kommun eller region drabbats av en katastrof och det inte med stöd av bestämmelserna i 1 § eller på andra sätt är möjligt att ge den hjälp som krävs för att häva katastrofen, ska regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer besluta att katastroftillstånd gäller i den drabbade kommunen eller regionen.

När förhållandena medger det ska regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer besluta att katastroftillstånd inte länge ska gälla.

Paragrafen är ny. I *första stycket* finns bestämmelser som avser beslut om katastroftillstånd. Vad som avses med katastrof framgår av författningskommentaren till 1 kap. 3 §. Uttrycket katastrof avser enbart situationer inom hälso- och sjukvård, inte andra verksamheter såsom kollektivtrafik eller socialtjänst. Av samma kommentar framgår också vad som avses med uttrycket vård som inte kan anstå. Eventuella avsteg från bestämmelser i lagen kan endast accepteras när det står klart att en katastrof inte kan hävas. Genom bestämmelserna i 4 och 6 §§ kommer det att stå klart om en kommun eller region drabbats av en katastrof och om det är möjligt att ge hjälp med stöd av 1 §. Statliga

myndigheter eller regeringen kan i vissa fall förfoga över lagerhållna sjukvårdsprodukter eller andra resurser som behövs och kan i vissa fall också begära internationell hjälp. Ifall en katastrof kan hävas genom statliga resurser eller internationell hjälp så finns inte förutsättningar att besluta om katastroftillstånd. Beslut om att katastroftillstånd gäller utgör en förutsättning för att bestämmelserna i 8 § ska kunna tillämpas. Det är lämpligt att beslut om katastroftillstånd fattas av den som har att fatta beslut om hjälp enligt 2 §. Ett beslut om katastroftillstånd måste alltid avgränsas så att det tydligt framgår vilken kommun eller region som beslutet avser. Det bör också tydligt framgå att det gäller i hälso- och sjukvården.

Det är givet att avsteg från sådana krav i gällande rätt som normalt gäller inte ska få ske under längre tid än vad som är nödvändigt. I paragrafens *andra stycket* anges därför att när förhållandena medger det ska regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer besluta att katastroftillstånd inte länge ska gälla. Förhållandena kan inte anses medge sådana beslut förrän situationen i den drabbade kommunen eller regionen är tillräckligt stabil. Genom bestämmelserna om samverkan (4 §) och bestämmelser som syftar till att skapa en god lägesuppfattning (6 §) finns goda förutsättningar att bedöma om det finns skäl att låta ett katastroftillstånd upphöra.

Förslagen behandlas i avsnitt 13.3.1.

8 §

Befinner sig en kommun eller region i ett katastroftillstånd ska, utan hinder av övriga bestämmelser i denna lag, kommunen eller regionen erbjuda den hälso- och sjukvård som är möjlig att erbjuda och så långt det är möjligt även fullgöra övriga åligganden som följer av denna lag.

Vårdgivare som bedriver verksamhet i en kommun eller region där katastroftillstånd råder ska tillse att normala kvalitetskrav och behandlingsresultat upprätthålls så länge som detta är möjligt.

Paragrafen är ny. Omständigheterna vid en katastrof eller ett krig dikterar i hög grad vad som är möjligt att göra inom vården och det är givetvis inget alternativ att sluta ge vård till svårt sjuka eller skadade för att det saknas förutsättningar att upprätthålla samma kvalitet som i ett normalläge. I denna lag finns bl.a. bestämmelser som innebär att

regioner och kommuner är skyldiga att erbjuda vård (8 kap. och 12 kap.). Inom primärvården ska kommuner och regioner tillhandahålla bl.a. de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov (13 a kap. 1 § 1). Det finns krav om att det i hälso- och sjukvårdsverksamhet ska finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges (5 kap. 2 §). Det finns även bestämmelser som medför skyldighet att ge habilitering och rehabilitering, hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning och tolktjänst för vardagstolkning för barndomsdöva, dövblinda, vuxendöva och hörselskadade (8 kap. 7 § HSL) och bestämmelser om förbrukningsartiklar som ska tillhandahållas (8 kap. 9 § och 12 kap. 6 §). Vissa bestämmelser ger patienter rätt att välja behandlingsalternativ, hjälpmedel och att få en ny medicinsk bedömning (10 kap. 1–3 §§ och 13 kap. 1–2 §§). Skyldigheterna i lagen gäller i alla lägen, dvs. även i situationer då en kommun eller region drabbats av en katastrof.

Det går inte att kräva att vården vid en katastrof ska utföra t.ex. undersökningar och behandlingar det helt saknas förutsättningar att utföra. Det går inte heller att kräva tillhandahållande av t.ex. förbrukningsartiklar eller hjälpmedel som inte finns att tillgå.

Det är vid en katastrof inte längre möjligt ge all vård som inte kan anstå med bibehållna kvalitetskrav, men den vård som är möjlig att ge ska ges. Katastrofer orsakade av krigshandlingar kan förstöra sjukhus och andra lokaler där vård utförs och det kan bli svår brist på produkter. Förhållandena inom en kommun eller region vid en katastrof kan skilja sig åt och på samma sätt kan förhållandena skilja sig åt mellan olika kommuner och regioner. En region kan vara drabbad av en katastrof som skiljer sig från en katastrof i en annan region. En vårdgivare kan ha problem som en annan vårdgivare inte har. Det kan i en region vara möjligt att upprätthålla normal vårdstandard och krav i gällande rätt för viss vård samtidigt som det inte är möjligt för annan vård. De omställningar av vården som är nödvändiga för att kunna utföra vård som inte kan anstå vid katastrofer kommer i vissa fall att medföra att annan mindre angelägen vård får stå åt sidan. Om det är möjligt ska dock också vård som ur ett medicinskt perspektiv kan anstå utföras.

Av första stycket följer att en kommun eller region som befinner sig i ett katastroftillstånd, utan hinder av övriga bestämmelser i denna lag, ska erbjuda den hälso- och sjukvård som är möjlig att erbjuda och

fullgöra övriga åligganden så långt det är möjligt. Beslut om katastroftillstånd enligt 7 § utgör en förutsättning för att bestämmelserna i denna paragraf ska kunna tillämpas.

I paragrafens *andra stycke* anges att vårdgivare som bedriver verksamhet i en kommun eller region där katastroftillstånd råder ska tillse att normala kvalitetskrav och behandlingsresultat upprätthålls så länge som detta är möjligt. Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls (5 kap. 1 §). Det innebär bl.a. att vården särskilt ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet (5 kap. 1 §). Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras (5 kap. 4 §).

Det är inte en rimlig utgångspunkt att tro att den allmänna vårdstandard (kvaliteten) ska kunna upprätthållas eller utvecklas vid katastrof. I sådana situationer måste utgångspunkten vara att vårdstandard kan komma sjunka och det kan också finnas behov av att övergå till andra vårdmetoder än normalt. Som redan tidigare framhållits avgör omständigheterna vad som är möjligt. I den mån det är möjligt att upprätthålla normala kvalitetskrav för vissa patienter, ska dessa givetvis upprätthållas. Ambitionen med katastrofmedicinska arbetssätt är också att vårdkvalitet så långt möjligt ska kunna upprätthållas och att medicinska behandlingsresultaten för det stora flertalet patienter så långt möjligt ska motsvara den nivå som gäller i vården vid ett normalläge. Genom beslut om katastroftillstånd finns det också en tydlig gräns för när det kan vara tillåtet att när det är nödvändigt göra avsteg från normal vårdkvalitet eller använda andra vårdmetoder. Det skapar också tydliga förutsättningar för den tillsyn som Inspektionen för vård och omsorg (IVO) utövar.

Förslaget behandlas i avsnitt 13.3.1.

9 §

Beslut enligt 2 och 8 §§ får inte överklagas.

Paragrafen är ny. Besluten om att en kommun eller region ska lämna hjälp (2 §) samt beslut om katastroftillstånd (8 §) bedöms inte röra några civila rättigheter och det finns därför inte tvingande skäl för en ordning som medger att besluten kan överklagas. Beslut om hjälp

behöver kunna effektueras omgående och beslut om katastroftillstånd behöver också gälla omedelbart. Genom överklagandeförbudet får beslut om hjälp och om katastroftillstånd omedelbart laga kraft.

Förslaget behandlas i avsnitten 5.3 och 13.3.1.

Kommittédirektiv 2018:77

Hälso- och sjukvårdens beredskap och förmåga inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap

Beslut vid regeringssammanträde den 9 augusti 2018

Sammanfattning

En särskild utredare ska göra en översyn av hälso- och sjukvårdens beredskap inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap samt lämna förslag på hur hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera denna typ av händelser långsiktigt bör utvecklas. Syftet med uppdraget är att se över behoven av och inriktningen på de åtgärder som behöver vidtas inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap. Vidare är syftet att föreslå en långsiktig och tydlig ordning för dessa insatser, säkerställa att det finns ett ändamålsenligt regelverk för att kunna vidta dessa åtgärder och vid behov förtydliga statens, landstingens och privata aktörers ansvar. I översynen ingår även att se över nuvarande ordning för att säkerställa att det finns tillgång till läkemedel och annan hälso- och sjukvårdsmateriel vid allvarliga händelser i fredstid respektive under höjd beredskap. Utredaren ska bl.a.

- analysera behoven av insatser för att säkerställa hälso- och sjukvårdens beredskap och förmåga att hantera allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap,
- analysera behoven av insatser för att stärka beredskapen mot smittsamma sjukdomar och andra hälsohot,

- lämna förslag på såväl övergripande inriktning som konkreta insatser för hur hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap ska kunna utvecklas,
- se över nuvarande ordning för att säkerställa att det finns tillgång till läkemedel och annan hälso- och sjukvårdsmateriel vid allvarliga händelser i fredstid respektive under höjd beredskap,
- med utgångspunkt i ansvarsprincipen pröva om det finns skäl att förtydliga landstingens, kommunernas, statens eller privata aktörers ansvar,
- pröva om det finns behov av en närmare samverkan mellan landstingen, vilken inriktning en sådan samverkan bör ha samt hur den skulle kunna organiseras,
- se över om det samarbete som landstingen i dag har med andra aktörer inom beredskapssystemet behöver utvecklas,
- utarbeta en nationell färdplan för hur beredskapen inom hälso- och sjukvården ska utvecklas på kort och lång sikt,
- analysera om befintliga författningar av betydelse för beredskapen inom hälso- och sjukvården vid allvarliga händelser i fredstid och under höjd beredskap är ändamålsenliga och vid behov lämna förslag till ändringar, samt
- lämna de förslag till författningsändringar som uppdraget fordrar.

Uppdraget ska redovisas senast den 31 december 2020.

Bakgrund

Regeringen beslutade i januari 2017 om en nationell säkerhetsstrategi där säkerhet definieras utifrån ett brett helhetsperspektiv och där det framhålls att Sveriges säkerhet i större utsträckning än någonsin påverkas av vad som sker utanför våra gränser. Den förändrade hotbildningen när det gäller terroristattentat samt hälsohot i form av smittsamma sjukdomar eller andra typer av biologiska, kemiska och nukleära hot ställer ökade krav på hälso- och sjukvårdens beredskap. Utredningar och myndighetsrapporter på senare år har bl.a. lyft behovet av att

stärka traumavården, utveckla och förbättra samordningen mellan landstingen och på nationell nivå samordna utbildning och övning.

Utöver detta finns sedan 2015 ett försvarspolitiskt inriktningsbeslut (prop. 2014/15:109), vilket innebar en återupptagen planering för totalförsvaret, där hälso- och sjukvården ingår som en del av det civila försvaret. Försvarsmaktens förväntan på stöd från den civila sjukvården har också ökat. För att möta de nya kraven om planering av totalförsvaret behöver arbetet med beredskapsfrågor förbättras inom hälso- och sjukvården.

Regeringen bedömer att den svenska hälso- och sjukvårdens beredskap och förmåga vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap behöver förstärkas. Hälso- och sjukvårdens organisation är i grunden densamma i fredstid och vid höjd beredskap. En god krisberedskapsförmåga baseras på en väl fungerande ordinarie verksamhet som kan ta höjd för extra belastning. Planering, resurser och organisation som finns för den ordinarie krishanteringen bör sedan utgöra grunden för den ytterligare planering som krävs för det civila försvaret. I stort är detta förmågor som finns i landstingen men även staten har ett ansvar för vissa specifika frågor. Till detta kommer även försörjning av läkemedel och annan sjukvårdsmateriel som behövs för att kunna säkerställa hälso- och sjukvårdens funktionalitet.

Den svenska krisberedskapens grundprinciper

Krisberedskapsförmågan behöver finnas hos många olika aktörer i samhället, både inom offentlig och privat verksamhet. En kris påverkar ofta flera verksamheter och samhällssektorer, vilket gör att förberedelser måste ske både inom en sektor och över sektorsgränser. Detta ställer krav på samverkan och samordning mellan olika aktörer.

Arbetet med det svenska samhällets krisberedskap utgår från ansvarsprincipen som innebär att den som har ansvar för en verksamhet under normala förhållanden har motsvarande ansvar under kris- och krigssituationer. Ansvarsprincipen innebär också ett ansvar för varje aktör att samverka med andra.

Ansvaret för hälso- och sjukvården vid kris och krig

Hälso- och sjukvårdslagen

Med hälso- och sjukvård avses enligt 2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälso- och sjukvården hör även sjuktransporter samt att ta hand om avlidna.

Målet för hälso- och sjukvården är enligt 3 kap. 1 § en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Av 8 kap. HSL följer att huvudansvaret för att bedriva hälso- och sjukvård i Sverige vilar på landstingen. Undantag gäller den hälso- och sjukvård som kommunerna enligt 12 kap. 1 § ansvarar för. Kommunerna får även enligt 12 kap. 2 § erbjuda den som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) i ordinärt boende.

Landstinget ska enligt 7 kap. 2 § HSL planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård. Vid planeringen ska även den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare beaktas. Landstingen ska också planera sin hälso- och sjukvård så att katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls.

Några bestämmelser som närmare anger vilket ansvar huvudmännen har för förberedelser inför och verksamhet under höjd beredskap finns inte i HSL. Enligt 6 kap. 1 § 2 får regeringen emellertid meddela föreskrifter om hälso- och sjukvården i krig, vid krigsfara eller under sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av att det är krig utanför Sveriges gränser eller av att Sverige har varit i krig eller krigsfara. Enligt 6 kap. 2 § 3 får regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddela föreskrifter om hälso- och sjukvården i fredstid om det ur ett nationellt perspektiv finns behov av katastrofmedicinska insatser. Denna möjlighet har dock aldrig utnyttjats.

I övrigt finns det i HSL inga särskilda bestämmelser om hälso- och sjukvården i kris och krig.

Smittskyddslagen

Utöver ansvaret för hälso- och sjukvård enligt HSL har landstingen ansvar för befolkningens skydd mot smittsamma sjukdomar enligt smittskyddslagen (2004:168). Lagen innehåller bl.a. bestämmelser om anmälningsplikt och handläggning av vissa smittsamma sjukdomar samt bestämmelser om smittskyddsåtgärder. Smittskyddsläkaren i landstinget har det samlade ansvaret för att planera, organisera och leda smittskyddsarbetet.

Smittskyddslagen omfattar samtliga smittsamma sjukdomar som kan överföras till eller mellan människor och som kan innebära ett inte ringa hot mot människors hälsa. I smittskyddslagen klassificeras smittsamma sjukdomar utifrån allvarlighetsgrad och möjlighet att förebygga smittspridning. Många av lagens bestämmelser gäller vilka rättigheter och skyldigheter som den som är eller misstänks vara smittad har samt vilka skyldigheter som landstingen har att vidta åtgärder. Lagen reglerar även möjligheter till tvångsåtgärder mot enskilda och andra långtgående åtgärder, såsom att spärra av geografiska områden, i samband med sjukdomar som kan få en spridning i samhället och innebära en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och som kräver extraordinära smittskyddsåtgärder.

I enlighet med 9 kap. 5 § får regeringen meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet om landet kommer i krig eller krigsfara eller om det råder sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av krig eller av krigsfara som landet har befunnit sig i. Regeringen får även enligt 9 kap. 6 § meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet, om det vid en fredstida kris som har betydande inverkan på möjligheterna att upprätthålla ett effektivt smittskydd, finns behov av samordnade nationella åtgärder eller ur ett nationellt perspektiv av andra särskilda insatser inom smittskyddet.

Föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap

Socialstyrelsen har meddelat föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap. Katastrofmedicinsk beredskap innebär enligt föreskrifterna beredskap att bedriva hälso- och sjukvård i syfte att minimera följderna vid allvarlig händelse. Enligt 4 kap. 1 § ska varje landsting vid allvarlig händelse eller

vid risk för sådan händelse ha förmåga att larma och aktivera de funktioner som är nödvändiga, leda och samordna berörda hälso- och sjukvårdsverksamheter, genomföra sjukvårdsinsatser i ett skadeområde, utföra sjuktransporter och på vårdenhet omhänderta drabbade samt samverka med andra aktörer på lokal, regional och nationell nivå.

I varje landsting ska det enligt 5 kap. 3 och 4 §§ finnas en regional katastrofmedicinsk beredskapsplan. Av denna ska framgå hur nödvändiga funktioner i hälso- och sjukvården ska larmas och aktiveras vid allvarlig händelse eller vid risk för sådan händelse, vem som ska leda och samordna hälso- och sjukvården vid allvarlig händelse och vilka andra aktörer som landstinget vid behov ska samverka med. Vidare framgår enligt 5 kap. 9 § att landstinget ska planera så att hälso- och sjukvårdens försörjning av medicinteknisk utrustning, förbrukningsmateriel och läkemedel anpassas till de behov som kan uppstå vid allvarlig händelse. Enligt 7 kap. 1 § ska landstinget systematiskt följa upp och utvärdera den katastrofmedicinska beredskapen. Detta ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att upprätthålla beredskapen.

Läkemedelslagen

Läkemedelslagen (2015:315) innehåller de grundläggande svenska bestämmelserna om läkemedel. Syftet med den EU-rättsliga regleringen, som läkemedelslagen i allt väsentligt återspeglar, är att värna om den enskilda konsumentens intressen och säkerställa att läkemedlen är säkra, effektiva och av god kvalitet. Förutom regler kring godkännande av läkemedel innehåller lagen bestämmelser kring bl.a. säkerhetsövervakning, tillverkning och import av läkemedel. I ett antal bemyndiganden ges regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer rätt att meddela föreskrifter. Ett exempel på detta är att regeringen enligt 18 kap. 11 § bemyndigas att meddela särskilda föreskrifter om läkemedelskontrollen i krig, vid krigsfara eller under sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av krig eller av krigsfara som Sverige befunnit sig i.

Lagen om handel med läkemedel

Lagen (2009:366) om handel med läkemedel innehåller bestämmelser om detaljhandel och partihandel med läkemedel och om sjukhusens läkemedelsförsörjning. Lagen innehåller bestämmelser om krav på dessa verksamheter och i fråga om detaljhandel och partihandel krav på tillstånd. En inrättning där detaljhandel bedrivs kallas öppenvårdsapotek. Bland de krav som ställs på öppenvårdsapoteken märks skyldigheten att tillhandahålla samtliga förordnade läkemedel, och samtliga förordnade varor som omfattas av lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. Något krav på att vissa kategorier läkemedel alltid ska lagerhållas på apoteken finns emellertid inte.

I 5 kap. finns bestämmelser om sjukhusens läkemedelsförsörjning. Enligt 5 kap. 1 § ska vårdgivarna organisera läkemedelsförsörjningen till och inom sjukhus på ett sådant sätt att den bedrivs rationellt och så att behovet av säkra och effektiva läkemedel tryggas. För dessa ändamål ska det finnas sjukhusapotek. Vårdgivaren ska enligt 5 kap. 2 § anmäla till Läkemedelsverket hur läkemedelsförsörjningen till och inom sjukhus ska vara organiserad. Om det uppstår eller riskerar att uppstå allvarliga brister i läkemedelsförsörjningen till eller inom sjukhus, ska vårdgivaren enligt 5 kap. 3 § snarast anmäla detta till Läkemedelsverket. I Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2012:8) om sjukhusens läkemedelsförsörjning finns ytterligare regler kring denna verksamhet.

Lagen om läkemedelsförmåner m.m.

I lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. finns regler om läkemedelsförmånen, t.ex. utformningen av högkostnadsskyddet för läkemedel och vissa andra varor, vilka priser som ska tillämpas av apoteken vid inköp och försäljning av läkemedel och utbyte av läkemedel på apotek.

De föreskrifter som Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket meddelat med stöd av bemyndiganden i lagen och tillhörande förordning rör bl.a. apotekens in- och utpriser och därmed den så kallade handelsmarginalen samt utbytet av läkemedel på apotek. Av de nuvarande föreskrifterna kring detta utbyte, som infördes i samband med omregleringen av apoteksmarknaden, framgår att enbart den vara som har det lägsta priset inom en viss angiven grupp av ut-

bytbara läkemedel och som är tillgänglig ska säljas under en viss månad. Övrig lagstiftning inom hälso- och sjukvårdsområdet Även annan lagstiftning inom hälso- och sjukvårdsområdet har betydelse för hälso- och sjukvårdens beredskap, exempelvis patientsäkerhetslagen (2010:659), lagen (1993:584) om medicintekniska produkter, lagen (2006:496) om blodsäkerhet och lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa.

Övergripande bestämmelser om fredstida kriser och höjd beredskap

Regeringsformen

I 15 kap. regeringsformen finns bestämmelser om rikets styre vid krig och krigsfara. I 15 kap. finns bl.a. bestämmelser om sammankallande av riksdagen, förutsättningarna för krigsdelegationen att träda i riksdagens ställe samt om bildande av regering och om regeringens arbetsformer samt regeringens befogenheter om varken riksdagen eller krigsdelegationen till följd av krig eller krigsfara kan fullgöra sina uppgifter. Vidare framgår bl.a. att regeringen under vissa förutsättningar med stöd av bemyndigande i lag genom förordning kan meddela sådana föreskrifter i visst ämne som enligt grundlag annars ska meddelas genom lag. Regeringen kan även med stöd av riksdagens bemyndigande besluta att vissa uppgifter som enligt grundlag ska fullgöras av regeringen i stället ska fullgöras av en annan myndighet.

Lagen om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap

Lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap (LEH) syftar till att kommuner och landsting ska minska sårbarheten i sin verksamhet och ha en god förmåga att hantera krissituationer i fred. De ska därigenom också uppnå en grundläggande förmåga till civilt försvar. Enligt 2 kap. 1 § ska kommuner och landsting bl.a. i en risk- och sårbarhetsanalys analysera vilka extraordinära händelser i fredstid som kan inträffa och hur dessa händelser kan påverka den egna verksamheten. Kommuner ska enligt 2 kap. 7 § inom sitt geografiska

område verka för att olika aktörer i kommunen samverkar och uppnår samordning i planerings- och förberedelsearbetet.

I kommuner och landsting ska det enligt 2 kap. 7 § finnas en nämnd för att fullgöra uppgifter under extraordinära händelser i fredstid (krisledningsnämnd). Krisledningsnämnden får fatta beslut om att överta hela eller delar av verksamhetsområden från övriga nämnder i kommunen eller landstinget i den utsträckning som det är nödvändigt. Enligt 3 kap. 1 § ska kommuner och landsting också vidta de förberedelser som behövs för verksamheten under höjd beredskap (beredskapsförberedelser).

Kommuner och landsting får enligt 4 kap. 1 § på begäran lämna hjälp till andra kommuner och landsting som drabbats av en extraordinär händelse i fredstid. Om en kommun eller ett landsting har en för totalförsvaret viktig uppgift och denna blir oskäligt betungande till följd av krigsskada eller andra utomordentliga förhållanden som orsakats av krig eller krigsfara, är enligt 4 kap. 2 § kommuner och landsting skyldiga att lämna hjälp. I lagen finns även bestämmelser om vilken ersättning som den kommun eller landsting som lämnat hjälpen ska kunna få samt hur denna ersättning ska beräknas och betalas ut.

Lagen om totalförsvaret och höjd beredskap

I lagen (1992:1403) om totalförsvaret och höjd beredskap anges att totalförsvaret är verksamhet som behövs för att förbereda Sverige för krig. Totalförsvaret består enligt 1 § av militär verksamhet (militärt försvar) och civil verksamhet (civilt försvar). För att stärka landets försvarsförmåga kan beredskapen höjas. Höjd beredskap är antingen skärpt beredskap eller högsta beredskap. Under högsta beredskap är totalförsvaret all samhällsverksamhet som då ska bedrivas. Lagen innehåller bl.a. bestämmelser om vilka särskilda åtgärder som vid höjd beredskap ska vidtas av kommuner och landsting samt de enskilda organisationer och företag som enligt överenskommelse eller på annan grund är skyldiga att fortsätta sin verksamhet i krig. Åtgärder ska vidtas avseende bl.a. planering och inriktning av verksamheten, tjänstgöring och ledighet för personal samt användning av tillgängliga resurser. Förordning om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap Förordningen (2015:1052) om

krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap innehåller bl.a. bestämmelser om att vissa utpekade myndigheter har ett särskilt ansvar för att planera och vidta förberedelser för att skapa förmåga att hantera en kris, förebygga sårbarheter och motstå hot och risker. Bestämmelserna gäller de myndigheter som anges i en bilaga till förordningen, länsstyrelserna samt i övrigt de andra myndigheter som regeringen meddelar föreskrifter om eller beslutar efter förslag från Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. I förordningen regleras bl.a. dessa aktörers samverkan, att de ska beakta behovet av forsknings- och utvecklingsinsatser och annan kunskapsinhämtning samt att de ska beakta behovet av säkerhet och kompatibilitet i nödvändiga tekniska system.

Övriga författningar som styr krisberedskapen och totalförsvaret

Det finns annan lagstiftning med bäring på beredskapsområdet och flera av dessa författningar kan ha bäring på hälso- och sjukvårdens beredskap. Exempelvis reglerar ransoneringslagen (1978:268) bl.a. handel i krig och ransoneringsbevis. I förfogandelagen (1978:262) finns regler kring förfogande av t.ex. fastigheter, lageranläggningar och transportmedel för att tillgodose totalförsvarets eller folkförsörjningens behov i krig.

Myndigheter med uppgifter som rör hälso- och sjukvårdens beredskap

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen är enligt förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet, tandvård, socialtjänst, stöd och service till vissa funktionshindrade samt frågor om alkohol och missbruksmedel. Enligt 8 § har myndigheten ett samlat ansvar för att expertis utvecklas och upprätthålls samt att kunskap sprids om katastrofmedicin och krisberedskap inom myndighetens verksamhetsområde. Vidare ska myndigheten enligt 9 § 1 medverka i krisberedskap och i totalförsvaret i enlighet med förordning (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid

höjd beredskap, samt förordningen (2015:1053) om totalförsvaret och höjd beredskap samt samordna och övervaka planläggningen av den civila hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beredskap.

Enligt 9 § 3 ska myndigheten på regeringens uppdrag samordna förberedelserna för försörjningen med läkemedel och sjukvårdsmateriel inför höjd beredskap, för att upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap. Myndigheten har bl.a. övertagit vissa uppgifter som innan apoteksomregleringen utfördes av Apoteket AB enligt verksamhetsavtalet mellan staten och Apoteket AB. Sedan 2009 har myndigheten i uppdrag att upp handla försörjning av vissa vacciner och antidoter. I nuläget har avtal tecknats med Apoteket Scheele i Stockholm, som ingår i Apoteket AB, om att utföra dessa uppgifter. Socialstyrelsen ansvarar för de beredskapslager som byggdes upp under kalla kriget. Verksamheten grundar sig i regeringsbeslut från 1999 om att de lager som Överstyrelsen för civilberedskap hade byggt upp skulle överlåtas till Socialstyrelsen (S1999/4418/HS). Sedan slutet av 1990-talet har lagren anpassats till den då rådande hotbilden och successivt utvecklats.

Folkhälsomyndigheten

Folkhälsomyndigheten ansvarar enligt 1 kap. 7 § smittskyddslagen (2004:168) för samordning av smittskyddet på nationell nivå och ska ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd. Folkhälsomyndigheten ska följa och vidareutveckla smittskyddet samt följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt.

Enligt 8 § förordningen (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten ska myndigheten övervaka planläggningen av smittskyddets beredskap och inom sitt ansvarsområde ta initiativ till åtgärder som skyddar befolkningen mot smittsamma sjukdomar och andra allvarliga hälsohot i kris och under höjd beredskap. Vidare ska myndigheten samordna beredskapen mot allvarliga hälsohot enligt lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa. Enligt 9 § i instruktionen ska myndigheten på regeringens uppdrag samordna förberedelserna för försörjningen med läkemedel inför allvarliga utbrott av smittsamma sjukdomar. Som en del i beredskapen lagerhåller Folkhälsomyndigheten på regeringens upp-

drag bl.a. vissa antivirala läkemedel och antibiotika samt har tecknat avtal för att säkerställa möjligheten att vid behov köpa in influensavaccin vid en influensapandemi.

Enligt 12 § ska myndigheten bl.a. tillhandahålla ett säkerhetslaboratorium som uppfyller kriterierna för högsta skyddsnivå enligt Arbetsmiljöverkets föreskrifter om mikrobiologiska arbetsmiljörisker och upprätthålla diagnostisk beredskap.

Övriga myndigheter inom hälso- och sjukvårdsområdet med uppgifter som kan ha betydelse för hälso- och sjukvårdens beredskap

Inspektionen för vård och omsorg ansvarar för tillsyn inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet i enlighet med bl.a. hälso- och sjukvårdslagen, patientsäkerhetslagen och smittskyddslagen. Även bl.a. Läkemedelsverket, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket och E-hälsomyndigheten har enligt sina instruktioner uppgifter som skulle kunna vara av betydelse vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap.

Statliga bolag inom hälso- och sjukvårdsområdet

Apoteket AB är numera det enda statliga bolag som bedriver verksamhet på apoteksmarknaden. Apoteket AB bedriver verksamhet på öppen-, sluten- och dosmarknaderna enligt samma villkor som övriga apoteksaktörer. I bolagets ägaranvisning ges bolaget dock ett särskilt ansvar för driften av apoteksombud. Varken bolaget eller andra apoteksaktörer har något utpekat ansvar för läkemedelsberedskap.

Apotek Produktion och Laboratorier AB (APL) ägs av staten och har ett särskilt samhällsuppdrag att tillhandahålla extemporeläkemedel (individanpassade läkemedel) och lagerberedningar till öppenvårdsapotek och hälso- och sjukvård.

SOS Alarm Sverige AB ägs till hälften av staten och till hälften av Sveriges Kommuner och Landsting. Bolagets huvudsakliga uppgift är att ansvara för upprätthållandet av nödnumret 112.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap

I enlighet med 1 § förordningen (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) har myndigheten ansvar för frågor om skydd mot olyckor, krisberedskap och civilt försvar, i den utsträckning inte någon annan myndighet har ansvaret. MSB ska enligt 2 § i samverkan med myndigheter, kommuner, landsting, organisationer och företag identifiera och analysera sådana sårbarheter, hot och risker i samhället som kan anses vara särskilt allvarliga. Myndigheten ska vidare tillsammans med de ansvariga myndigheterna genomföra en övergripande planering av åtgärder som bör vidtas. Myndigheten ska värdera, sammanställa och rapportera resultatet av arbetet till regeringen. MSB ska även enligt 7 § ha förmågan att bistå med stödresurser i samband med allvarliga olyckor och kriser samt stödja samordningen av berörda myndigheters åtgärder vid en kris.

Vidare ansvarar MSB enligt 14 a § för att upprätthålla beredskap för att besluta om och genomföra luftburna sjuktransporter med Svenska nationella ambulansflyget (SNAM).

MSB disponerar även anslaget 2:4 Krisberedskap. Från anslaget utbetalas årligen bidrag om sammanlagt 60 miljoner kronor utifrån lagen (2006:544) och förordningen (2006:637) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och vid höjd beredskap, för landstingens arbete med att stärka arbetet med krisberedskap och civilt försvar.

Försvarsmakten

I 1 § förordningen (2007:1266) med instruktion för Försvarsmakten framgår att Försvarsmakten ska upprätthålla och utveckla ett militärt försvar som ytterst kan möta ett väpnat angrepp. Grunden för Försvarsmaktens verksamhet ska vara förmågan till väpnad strid. Inom Försvarsmakten finns ett sjukvårdssystem som är byggt för att stödja internationella insatser. Till skillnad från kalla krigets omfattande krigsorganisation har Försvarsmaktens sjukvårdssystem betydande begränsningar.

Länsstyrelserna

Länsstyrelserna är geografiskt områdesansvariga myndigheter, vilket regleras i förordningen (2017:868) med länsstyrelseinstruktion, förordningen (2017:870) om länsstyrelsernas krisberedskap och uppgifter vid höjd beredskap samt i förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap. Länsstyrelserna ska avseende krisberedskap vara sammanhållande inom sitt geografiska område och före, under och efter en kris verka för samordning och gemensam inriktning av de åtgärder som behöver vidtas.

Pågående processer

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om bl.a. sjukvårdens arbete med civilt försvar

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting fattade den 21 december 2017 beslut om en överenskommelse om insatser för ökad tillgänglighet i barnhälsovården m.m. (S2017/07519/FS). I överenskommelsen finns ett särskilt avsnitt om sjukvårdens arbete med civilt försvar. Av överenskommelsen framgår bl.a. att parterna är överens om att landstingen tillsammans med berörda myndigheter ska delta i planeringen av totalförsvaret och att landstingen under 2018 ska påbörja arbetet med den återupptagna planeringen för civilt försvar inom hälso- och sjukvården. I det ingår bl.a. att delta i den nationella och regionala planeringen av totalförsvaret, kartlägga vilka samarbetsytor som krävs inom landstinget för att nå önskad förmågeförhöjning i hela traumavårdskedjan, kartlägga vilka delar av den egna hälso- och sjukvårdsverksamheten som mest berörs av den återupptagna planeringen för civilt försvar, göra bedömningar av i vad mån verksamheterna kan behöva anpassas för att möta de krav som ställs inom ramen för det civila försvaret och identifiera vilka insatser som bedöms vara mest prioriterade. Under 2018 har regeringen avsatt 30 miljoner kronor för de insatser landstingen genomför till följd av överenskommelsen.

Pågående arbete inom berörda myndigheter

Regeringen har mot bakgrund av bl.a. den nationella säkerhetsstrategin och beslutet om den återupptagna totalförvarsplaneringen beslutat om en rad uppdrag till berörda myndigheter. Flera av dessa berör utvecklingen av beredskapen inom hälso- och sjukvården direkt eller indirekt.

Regeringen har bl.a. gett Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp myndighetens föreskrifter om katastrofmedicinsk beredskap (SOSFS 2013:22). Uppföljningen ska bl.a. kunna utgöra ett underlag för planering av tillsynsinsatser med stöd av föreskrifterna. Socialstyrelsen har även fått i uppdrag av regeringen att stödja landstingen i deras arbete med katastrofmedicinsk beredskap och planering inför civilt försvar inom hälso- och sjukvården. I uppdraget ingår att göra en förstudie av vilka kunskapsunderlag som landstingen har behov av som stöd för sin planering samt inventera vilka behov av övnings- och utbildningsinsatser som det finns inom landstingen. En plan för övnings- respektive utbildningsinsatser för de kommande fem åren (2019–2024) ska presenteras. Socialstyrelsen driver tillsammans med Skåne läns landsting ett projekt om resursförstärkt läkemedelsförsörjning vid kris, höjd beredskap och krig. Inom ramen för projektet kartläggs läkemedelsförsörjningen i landet. Projektet beräknas avslutas i maj 2019.

Socialstyrelsen och Försvarsmakten inledde 2015 projektet Totalförsvarets sjukvårdssystem för att identifiera sårbarheter och nödvändiga förändringar för att möta samhällets samlade behov av sjukvård vid stora olyckor, katastrofer och krig. I projektets rapport från december 2017 ger myndigheterna förslag på utvecklingsområden. Myndigheterna har tagit fram rapporten på eget initiativ.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) redovisade i december 2017 ett uppdrag om hur den återupptagna planeringen för det civila försvaret bör utvecklas inom kommuner och landsting. Förslagen knyter an till det arbete inom krisberedskapen som redan pågår i kommuner och landsting och utgår från de krav som finns angivna i lagen (2006:544) och förordningen (2006:637) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och vid höjd beredskap.

Försvarsberedningens rapport om totalförsvaret

Den 20 december 2017 överlämnade Försvarsberedningen i sin rapport Motståndskraft – inriktningen av totalförsvaret och utformningen av det civila försvaret 2021–2025 (Ds 2017:66) förslag till planeringsförutsättningar för totalförsvaret. I rapporten bedömer Försvarsberedningen att ett väpnat angrepp mot Sverige inte kan uteslutas. I rapporten lämnas förslag som innebär att totalförsvaret ges en förbättrad förmåga och uthållighet att hantera ett väpnat angrepp och krig på svenskt territorium samt situationer med så kallad gråzonsproblematik. Förmågan att motstå allvarliga störningar i samhällets funktionalitet under tre månader samt krig under del av denna tid ska vara utgångspunkten för planeringen och grunden för totalförsvarets samlade förmåga. Förslagen bedöms också stärka den fredstida krisberedskapen.

Enligt rapporten är Försvarsmaktens sjukvårdsförmåga begränsad och det saknas utvecklade rutiner för samverkan mellan militär verksamhet och civil sjukvård i händelse av ett väpnat angrepp. Kapaciteten att ställa om den svenska sjukvården i händelse av krig måste förstärkas. Hänsyn bör även tas till möjliga störningar i försörjningen av el, vatten och läkemedel samt inom transportsektorn. Planeringen bör utgå från ett perspektiv där vården bedrivs enligt de särskilda vårdprinciper som gäller vid kris och krig. Vidare anser Försvarsberedningen att det krävs tydliga krav på landsting angående lagerhållning för att säkerställa försörjningen av läkemedel och sjukvårdsmaterial.

Försvarsberedningen påtalar att det, i syfte att åstadkomma en välavvägd helhet i det samlade totalförsvaret, måste göras en avvägning mellan förslagen i rapporten och de förslag som kommer lämnas i beredningens slutrapport senast den 14 maj 2019. I slutrapporten kommer en uppdaterad bedömning göras av den säkerhetspolitiska utvecklingen och sammanhängande konsekvenser för svensk försvars- och säkerhetspolitik samt utvecklingen av det militära försvaret under perioden 2021–2025.

Behov av en översyn

Behov av åtgärder vad gäller katastrofmedicin, traumavård och beredskap mot hälsohot

Händelser de senaste åren har aktualiserat frågan om hälso- och sjukvårdens beredskap. Terroristattentatet på Drottninggatan i april 2017, terroristattentaten i andra europeiska länder, bl.a. Norge, Frankrike, Belgien och Storbritannien, samt andra allvarliga händelser i fredstid, t.ex. i Japan 2011, visar att hälso- och sjukvården behöver kunna hantera situationer utanför den planerade verksamheten samt att landstingen snabbt måste kunna samverka med varandra för att ta hand om ett stort antal skadade personer. Detta förutsätter en god beredskapsplanering där ordinarie verksamhet är dimensionerad och strukturerad för att klara en snabb omställning.

Socialstyrelsen beskriver i rapporten Traumavård vid allvarliga händelser (november 2015) att det finns brister inom hälso- och sjukvårdens beredskap. Myndigheteten föreslår att landstingen vidtar ett antal åtgärder för att stärka traumavården och för att utveckla och förbättra samordningen mellan landstingen. Även för statens del föreslås ett antal nationella insatser som kan förbättra beredskapen för allvarliga händelser.

I Socialstyrelsens rapport Hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera en allvarlig händelse med många skadade (oktober 2016) redogörs för resultaten av den övning som genomfördes i april 2016 på regeringens uppdrag. Lärdomar som lyftes från övningen var bl.a. behovet att ha gemensamma termer för dokumentation och lägesbilder samt mobilisering och dirigerings av resurser.

Stockholms läns landsting har utvärderat insatserna vid attentatet på Drottninggatan den 7 april 2017. I rapporten påpekas bl.a. att det ur ett ledningsperspektiv finns en grundläggande robusthet inom sjukvården, men att ett antal områden kan förbättras. Det finns t.ex. behov av att skapa en helhetssyn inom hela landstinget för att förbättra ledningssystemet vid en allvarlig eller extraordinär händelse. Bilden bekräftar av den utvärdering som Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) redovisade för regeringen den 30 april 2018. MSB menar att samhällets samlade hantering i stort fungerade väl, men pekar på brister i larmkedjan och i aktörernas förmåga att ta fram och dela lägesbilder.

Beredskapen mot hälsohot bedöms generellt vara god. Erfarenheterna från influensapandemin 2009–2010 visade på en i huvudsak tydlig ansvarsfördelning och välfungerande samordning och samverkan. Regeringen ser därmed ingen anledning att se över organisationen för smittskyddets beredskap. Däremot framkom i samband med ebolautbrottet i Västafrika 2014–2015 att förmågan till högisoleringsvård av patienter med allvarliga högsmittsamma infektioner var en begränsad resurs samt att möjligheten till internationell evakuering var begränsad.

Under influensapandemin 2009–2010 framkom att behovet av smittskyddsåtgärder och möjligheterna att vidta dem kan vara annorlunda vid utbrott som får stora samhällskonsekvenser än under mer normala förhållanden. Det kan t.ex. av resursskäl vara svårt för hälso- och sjukvården att tillämpa alla de bestämmelser som finns när det gäller allmänfarliga sjukdomar. Behovet av smittskyddsåtgärder kan också skilja sig från behoven under mer normala förhållanden. Exempelvis kan behovet av att söka läkare och få en diagnos vara annorlunda vid en omfattande smittspridning. Det kan också vara olämpligt att personer som misstänker att de är smittade tvingas uppsöka hälso- och sjukvård endast på grund av reglerna och på så sätt ökar risken för att smitta såväl andra patienter som hälso- och sjukvårdspersonal.

Återupptagen totalförsvarsplanering

I propositionen Försvarspolitisk inriktning – Sveriges försvar 2016–2020 (prop. 2014/15:109) redovisar regeringen en inriktning för att stärka den svenska försvarsförmågan och öka den operativa förmågan i krigsförbanden fr.o.m. 2016 t.o.m. 2020. I och med det försvarspolitiska inriktningsbeslutet återupptogs planeringen för totalförsvaret, där hälso- och sjukvården ingår som en del av det civila försvaret. Detta medför att både det militära försvaret och det civila försvaret behöver återuppta sin planering. Enligt propositionen bör planeringsarbetet utgå ifrån att förmågan att hantera kriser i samhället i fredstid också ger en grundläggande förmåga att hantera krigssituationer. Strukturer och processer som används inom krisberedskapen bör så långt möjligt användas i planeringen av det civila försvaret.

Ett väpnat angrepp mot Sverige och ett krig på svenskt territorium skulle resultera i förluster av människoliv samt masskadeutfall.

En sådan situation skulle innebära en mycket stor belastning på sjukvården. Om det uppstår störningar i viktiga samhällsfunktioner som el- och vattenförsörjning samt transporter skulle det medföra en allvarlig inverkan på vårdens kvalitet och påverka möjligheterna att genomföra sjuktransporter. Förmågan att bedriva sjukvård och tillgången till sjukvårdsresurser är identifierat som ett strategiskt område för det civila och militära försvaret. Försvarsmaktens strategiska inriktning utgår ifrån att en gemensam planering för militär och civil samordning av medicinska resurser är nödvändig. Hälso- och sjukvården behöver således planera för att kunna tillhandahålla sjukvård vid höjd beredskap, dels för att Försvarsmakten ska kunna upprätthålla sin operativa förmåga och dels för att möta befolkningens behov av vård.

Återuppbyggnaden av det civila försvaret är en utmaning för samhället. Sedan 1990-talet har det skett omfattande förändringar. Vissa funktioner som tidigare var statliga utförs i dag av privata företag. Tillgången till samhällsviktiga produkter, som exempelvis livsmedel, drivmedel och läkemedel, styrs ofta numera av just-in-time filosofin, vilket innebär en strävan att producera och leverera varor i precis den mängd och vid den tidpunkt som de behövs. Lagerhållningen är därför mycket begränsad.

Planeringen av hälso- och sjukvården som en del av totalförsvaret har länge varit nedprioriterad. Detta har medfört att mycket av den kompetens som tidigare fanns har försvunnit.

Enligt Försvarsberedningens rapport *Motståndskraft – Inriktningen av totalförsvaret och utformningen av det civila försvaret 2021–2025* (Ds 2017:66), som överlämnades till regeringen i december 2017, bör det byggas upp en förmåga att motstå allvarliga störningar i samhällets funktionalitet under tre månader, med krig under del av denna tid. Försvarsberedningen betonar att inom denna ram ska ambitionen vara att upprätthålla den nödvändigaste funktionaliteten i samhället. Det innebär en avsevärt lägre ambition inom de flesta samhällssektorer jämfört med normalläget. Det innebär också stora begränsningar och en stor kraftansträngning i hela samhället och från alla invånare för att klara en sådan situation. För att möta dessa krav om planering av totalförsvaret kommer landstingen att behöva anpassa verksamheten till att endast erbjuda nödvändig vård. Under sådana förhållanden kommer landstingen också att ställas inför högre krav på prioritering än i fredstid.

Kapaciteten inom den svenska sjukvården för att kunna ställa om verksamheten i syfte att ta hand om ett stort antal skadade måste enligt Försvarsberedningen förstärkas avsevärt. Landstingen och övriga berörda sjukvårdshuvudmän måste enligt beredningen börja planera för höjd beredskap och krig i enlighet med vad som föreskrivs i lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap (LEH).

Planeringen för höjd beredskap och krig bör enligt Försvarsberedningen utgå från ett perspektiv där vården inte bedrivs enligt fredstida krav utan utförs enligt de vårdprinciper som gäller i kris och krig. Detta innebär att behandlingsmetoder, ambition och prioriteringar ska kunna anpassas efter antalet patienter, skadenivåer och tillgången till sjukvårdsresurser för att kunna ge tillräcklig vård för att så många som möjligt ska överleva. Detta kommer enligt Försvarsberedningen att innebära avsteg från de prioriteringsprinciper som normalt används i vården – en omställning som behöver förberedas och övas.

Beredskapsplaneringen behöver enligt Försvarsberedningen omfatta planer för den omdisponering som måste göras för att tillgodose behovet av vårdplatser för ett större antal skadade. Detta omdisponeringsarbete kommer att kräva prioritering av bl.a. vårdplatser och intensivvårdsresurser. Möjligheten att ställa om vårdinrättningar för omhändertagande av traumapatienter ska också övervägas och planeras. Planeringen ska även omfatta privata vårdgivare.

Beredskapsplaneringen måste enligt Försvarsberedningen även innefatta rutiner och strukturer för ledning och samordning mellan Försvarmakten och den civila sjukvården vid höjd beredskap och krig. Ansvars- och ledningsförhållanden mellan landstingen, militärregionerna och den högre civila regionala ledningsnivå som föreslås av Försvarsberedningen i rapporten behöver inom ramen för detta arbete tydliggöras.

Pågående förändringar av hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården är till sin natur och organisation omfattande och komplex. En mängd olika aktörer är iblandade eller berörs, både inom offentlig och privat sektor. De sammantagna resurserna är omfattande, men kan vara svåra att överblicka, framför allt på nationell nivå. Detta förutsätter en god beredskapsplanering där ordinarie

verksamhet är dimensionerad och strukturerad för att klara en snabb omställning. I flera avseenden finns det goda förutsättningar för hälso- och sjukvården att ha en god beredskap för allvarliga händelser. Även i vardagen hanteras t.ex. akuta situationer, svåra prioriteringar och mindre omfördelningar av resurser.

Regeringen har tagit flera steg för att omstrukturera svensk hälso- och sjukvård. Syftet är bl.a. att möjliggöra ett effektivare resursutnyttjande, ökad kvalitet och bättre tillgänglighet. Att mer hälso- och sjukvård ges utanför sjukhusen, t.ex. i form av kommunal hemsjukvård, är en utveckling som redan pågår. För att kunna möta framtidens utmaningar och för att öka förtroendet för hälso- och sjukvården krävs ett strategiskt och målmedvetet arbete, där en del handlar om att organisera vården utifrån allmänhetens och patienternas behov. I mars 2017 tillsatte exempelvis regeringen utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01). Utifrån utredningens första delbetänkande beslutade regeringen i januari 2018 att överlämna propositionen Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti (prop. 2017/18:83) till riksdagen.

Regeringen arbetar även för att högspecialiserad vård ska koncentreras till färre enheter i landet för att uppnå en mer jämlik och säker hälso- och sjukvård. I november 2017 beslutade regeringen propositionen En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården (prop. 2017/18:40). Regeringens förslag innebär att en ny beslutsprocess införs för nationell högspecialiserad vård, som ersätter dagens samordning av rikssjukvården och den nationella nivåstruktureringen av cancervården. Riksdagen beslutade i enlighet med regeringens proposition och ändringarna i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) trädde i kraft den 1 juli 2018.

Hälso- och sjukvårdens beredskapsförmåga

Hälso- och sjukvårdens beredskap för allvarliga händelser bygger till stor del på landstingens förmåga att hantera akutsjukvård i vardagen. Det som skiljer en allvarlig händelse från normalt läge är oftast omfattningen av händelsen. Socialstyrelsen definierar i sina katastrofmedicinska föreskrifter att allvarligt läge är en ”händelse som är så omfattande eller allvarlig att resurserna måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt”. Vid allvarliga händelser och vid höjd be-

redskap måste landstingen kunna agera både självständigt och i samverkan med varandra och andra aktörer. Det förutsätter att det finns en upparbetad förmåga att samordna insatser, skapa gemensamma lägesbilder och bedriva effektiv ledning. För att upprätthålla dessa förmågor behövs en utbildnings- och övningsverksamhet som leder till att akutsjukvården bedrivs likriktat avseende rutiner, begrepp och dokumentation.

Utifrån ett totalförsvarsperspektiv har både Försvarmakten och den civila sjukvårdspersonalen ett stort behov av simuleringsövningar både på regional och nationell nivå. Dessutom krävs samträning och samövning med polisen och räddningstjänsten för att kunna arbeta effektivt i hotfulla miljöer i fredstid, vid gråzonsscenario samt vid höjd beredskap och krig. En betydande skillnad mellan hur sjukvården bedrivs i fredstid respektive höjd beredskap avgörs i det läge man väljer att tillämpa särskilda vårdprinciper i krig. Det är en omställning som får stor betydelse för vilken vård som ska prioriteras.

Transporter är en av de resurser som riskerar att vara begränsade vid allvarliga händelser i fredstid och än mer vid höjd beredskap. Möjligheterna till såväl primär- som sekundärtransporter av skadade är av stor betydelse för att ge en effektiv vård.

Sjukvårdens beredskap är också beroende av att det finns en robusthet i den infrastruktur som vården verkar i. Ett sådant exempel är it-systemen som hanterar uppgifter om bl.a. journaler, läkemedel och recept, vilka är viktiga ur ett beredskapsperspektiv. Att det finns en grundläggande informationssäkerhet på plats är avgörande för att verksamheten ska fungera vid en högre hotnivå.

Beroenden i förhållande till andra sektorer

Hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap är i hög grad beroende av en robusthet i den grundläggande tekniska infrastrukturen med el, vatten och värme. Därutöver finns behov av transporttjänster för att hälso- och sjukvårdens delar ska kunna fungera tillsammans. Ytterligare beroenden finns avseende bl.a. livsmedelsförsörjning, tvättservice, renhållning och destruktion av farligt avfall samt begravningsväsendet.

För att kunna fullgöra sina uppgifter vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap behöver hälso- och sjukvården sam-

verka med många olika aktörer i samhället, både inom offentlig och privat verksamhet. Kommunerna respektive länsstyrelserna, som har det geografiska områdesansvaret på lokal respektive regional nivå, har viktiga uppgifter för att skapa förutsättningar för hälso- och sjukvården att fungera.

Landstingens ansvar vid allvarliga händelser i fredstid och under höjd beredskap är uppdelad på flera olika lagar

Ansvar för att bedriva hälso- och sjukvård i Sverige vilar enligt 8 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och annan lagstiftning inom hälso- och sjukvårdsområdet på landstingen. Utifrån ansvarsprincipen samt skrivningar i HSL om katastrofmedicinsk beredskap innebär det att landstingen har ett omfattande ansvar för hälso- och sjukvården under kris, höjd beredskap och krig. I HSL finns bestämmelser om att landstingen ska planera sin hälso- och sjukvård så att katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls. Några bestämmelser som närmare anger vilket ansvar huvudmännen har för förberedelser för och verksamhet under höjd beredskap finns inte i HSL.

I lagen (1992:1403) om totalförsvaret och höjd beredskap anges att totalförsvaret är verksamhet som behövs för att förbereda Sverige för krig. Enligt 7 § ska kommuner och landsting vid höjd beredskap vidta de särskilda åtgärder i fråga om planering och inriktning av verksamheten, tjänstgöring och ledighet för personal samt användning av tillgängliga resurser som är nödvändiga för att de under de rådande förhållandena ska kunna fullgöra sina uppgifter inom totalförsvaret. Några bestämmelser om att landstingen ska förbereda sig inför höjd beredskap finns dock inte heller i denna lag.

Enligt 3 kap. lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap (LEH) har kommuner och landsting ett ansvar för förberedelser för och verksamhet under höjd beredskap. Enligt 3 kap. 1 § ska kommuner och landsting vidta de förberedelser som behövs för verksamheten under höjd beredskap (beredskapsförberedelser). I förarbetena i propositionen Samverkan vid kris – för ett säkrare samhälle (prop. 2005/06:133) konstateras att med beredskapsförberedelser avses alla de åtgärder som normalt sett behövs för att kunna hantera verksamheten under höjd beredskap. Vidare framgår

av 5 kap. 1 § att staten har ett ersättningsansvar för förberedande uppgifter som kommuner och landsting vidtar enligt 3 kap.

Sammantaget innebär detta att landstingen har ett långtgående ansvar för att förbereda sig för allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap. Det grundläggande åtagandet att förbereda sig inför höjd beredskap finns i LEH medan det huvudsakliga materiella innehållet av vad landstingen behöver kunna hantera under allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap främst är reglerat i HSL och annan lagstiftning inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Samordning på nationell nivå

I nuläget har såväl Socialstyrelsen som Folkhälsomyndigheten olika former av samordningsansvar för frågor som rör hälso- och sjukvårdens beredskap vid allvarliga händelser i fredstid och under höjd beredskap. De uppgifter som Socialstyrelsen har är främst reglerade i myndighetens instruktion och är bl.a. inriktade på att samordna och övervaka planläggningen av den civila hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beredskap och att upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap. Folkhälsomyndighetens ansvar för samordning av smittskyddet på nationell nivå är reglerat i smittskyddslagen. Vidare ska myndigheterna, inom sina respektive ansvarsområden, samordna förberedelserna för försörjningen med läkemedel och sjukvårdsmateriel.

I förarbetena till smittskyddslagen (prop. 2003/04:30, s. 172) konstaterar regeringen att Socialstyrelsen, som var den myndighet som vid tidpunkten hade dessa uppgifter, genom att ansvaret regleras i lagen får ett uttryckligt ansvar för att initiera och samordna smittskyddsarbetet vid större utbrott som berör hela landet eller flera landsting. I ansvaret för att samordna smittskyddet på nationell nivå ligger att den ansvariga myndigheten ska initiera ett utvecklingsarbete i syfte att öka samarbetet och samordningen mellan olika huvudmän. Detta innebär dock inte att den ansvariga myndigheten får direktiv rätt över andra myndigheter som ansvarar för smittskyddsåtgärderna. Några motsvarande förarbetsuttalanden finns inte i fråga om de uppgifter som bl.a. Socialstyrelsen har för att samordna beredskapsinsatser. Ytterst begränsas dock dessa uppgifter av de mer övergripande bestämmelser som finns i regeringsformen och kommunallagen (2017:725).

I rapporten Livsmedels- och läkemedelsförsörjning – samhällets säkerhet och viktiga samhällsfunktioner (RiR 2018:6) konstaterar Riksrevisionen (RiR) att ansvariga myndigheters åtgärder behöver utvecklas och förutsättningarna för arbetet förtydligas. En av de rekommendationer som RiR lämnar till regeringen är inriktad på att förtydliga vad man förväntar sig av de myndigheter som har samordningsansvar inom livsmedelsområdet och läkemedelsområdet.

Det finns således behov av att se över och eventuellt förtydliga ansvarsfördelningen mellan myndigheterna inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Förändringar i försörjningskedjan för läkemedel och annan sjukvårdsmateriel

I regeringens nationella säkerhetsstrategi framgår att samhällets beroende av fungerande flöden för försörjning har ökat och i såväl vardag som i kris är fungerande sjukvård och läkemedelsförsörjning nödvändigt för att trygga människors liv och hälsa. Att säkerställa tillgången till läkemedel och medicintekniska produkter är centralt i en fungerande hälso- och sjukvård. När det gäller läkemedelsförsörjningen till slutanvändare i Sverige utgörs den av två kanaler. Läkemedel till den öppna vården säljs på öppenvårdsapotek och läkemedel till slutenvården ansvarar sjukvårdshuvudmännen för.

Omregleringen av apoteksmarknaden har inneburit att det inte längre finns en utpekad aktör med beredskapsuppgifter på läkemedelsområdet. I propositionen Omreglering av apoteksmarknaden (prop. 2008/09:145) gjorde den dåvarande regeringen bedömningen att apoteksaktörerna inte skulle överta det ansvar för beredskapsfrågor som Apoteket AB fram till dess hade haft. Försvarsmakten och övriga berörda myndigheter bedömdes istället kunna upphandla dessa tjänster. Enligt dåvarande regerings bedömning borde det finnas intresse bland aktörerna på apoteksmarknaden att mot affärsmässig ersättning utföra tjänsterna.

Samtidigt innebar apoteksomregleringen att landstingen fick större frihet att själva organisera sin läkemedelsförsörjning. Som anförts ovan har ett stort antal landsting valt att upphandla de tjänster som utgör sjukhusens läkemedelsförsörjning. Detta har lett till en utveckling av olika försörjningsmodeller i landstingen utifrån bedömningar av vad som passar respektive landsting

Under de senaste åren har det även skett en rad andra förändringar som påverkar försörjningen av läkemedel vid kris och krig. En sådan faktor är den pågående utvecklingen mot just-intime-leveranser. Det har även skett förändringar av utbudet av läkemedel. Det är inte heller ovanligt att det sker snabba förändringar av vilka läkemedel som är de rekommenderade behandlingsalternativen. En annan sådan förändring är systemet för generiskt utbyte av läkemedel på apoteken enligt vilket ett läkemedel tilldelas hela marknaden under en månad. Sammantaget leder dessa förändringar till att det i dag finns fler faktorer att ta ställning till när det gäller för vilka läkemedel som försörjningen behöver säkerställas.

Marknaden för läkemedelsdistributionen i Sverige domineras alltså av två aktörer. Dessa aktörer har sina lager på ett begränsat antal platser i landet. Leveranserna av läkemedel till apoteken sköts med lastbil och äger i normalfallet rum på vardagar. I samband med att apoteksmarknaden omreglerades bedömde regeringen i prop. 2008/09:145 att förutsättningarna ändrades och att en konkurrenssituation mellan flera olika distributörer torde uppkomma. Någon större förändring av marknadssituationen har dock inte setts sedan omregleringen. Partihandeln omfattas av en leveransskyldighet som innebär att den som har tillstånd att bedriva partihandel med läkemedel är skyldig att leverera till öppenvårdsapoteken de läkemedel som omfattas av tillståndet.

Det företag som innehar godkännandet för försäljning av ett läkemedel har ingen författningsreglerad skyldighet att tillhandahålla läkemedlet. Undantaget är de aktörer som ska tillhandahålla en s.k. periodens vara inom ramen för systemet för utbyte av läkemedel.

Det är inte troligt att man vid en kris eller allvarlig händelse kan förlita sig på den leveransskyldighet som finns i nuvarande läkemedelslagstiftning. Det saknas såväl krav om specifika lagernivåer som incitament för ökad lagerhållning. Regeringen bedömer att robustheten i läkemedelsförsörjningen behöver vara god.

Läkare har rätt att förskriva läkemedel på medicinska grunder. Systemet skulle kunna överutnyttjas genom att stora mängder läkemedel förskrivs till t.ex. närstående. Även patienter skulle kunna utnyttja möjligheten att träffa flera förskrivare och på så sätt få flera recept. Genom att inskränka möjligheten att förskriva vissa läkemedel skulle hamstring kunna undvikas och bättre prioritering uppnås.

Merparten medicintekniska produkter upphandlas av hälso- och sjukvården. I de flesta landsting finns ingen central funktion för upphandling av medicintekniska produkter. Upphandling sker i stället i de flesta fall på klinik- eller sjukhusnivå. Detta leder till att det till stor del saknas en överblick över försörjningen av medicintekniska produkter redan under normala förhållanden. En viss kategori medicintekniska produkter, s.k. förbrukningsartiklar, distribueras dock även genom öppenvårdsapoteken.

Förändringar i statens roll

Det har under en längre period skett en neddragning av planeringen avseende höjd beredskap. Under 2000-talet togs beslut som bl.a. medförde att Försvarsmaktens förmåga att tillhandahålla sjukvård i stort sett upphörde och den civila sjukvården bedömdes i stället ensamt få ansvara för att tillgodose eventuella sjukvårdsbehov vid höjd beredskap. Försvarsmaktens tidigare sjukvårdsförmåga byggde på en egen uppbyggd verksamhet som stöddes av ett välutvecklat samarbete med den civila sjukvården. För att kunna upprätthålla denna förmåga behövdes tillgång till personal som hade adekvat utbildning och var övade att tillhandahålla den sjukvård som är efterfrågad vid höjd beredskap. Försvarsmakten hade egen anställd personal men den stora volymen bestod av krigsplacerad personal från den civila sjukvården.

På läkemedelsområdet hade tidigare det statliga apoteksmonopolet en central roll i att upprätta en fungerande försörjningsberedskap. Den svenska apoteksmarknaden omreglerades den 1 juli 2009. Innan dess styrdes Apoteket AB:s verksamhet av ett avtal med staten där det bl.a. framgick att Apoteket AB skulle ha den lager- och leveransberedskap som krävs för att tillgodose allmänhetens och vårdens berättigade krav. Vidare skulle Apoteket AB planera för att kunna anpassa verksamheten inför en förändrad säkerhetspolitisk situation samt åta sig att fullgöra uppgifter inom totalförsvarets läkemedelsförsörjning. Bolaget omfattades även av de uppgifter som bevakningsansvariga myndigheter enligt förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap. Vid omregleringen ersattes det tidigare monopolet med ett system där den som får tillstånd av Läkemedelsverket får bedriva detaljhandel med de läkemedel och varor som tidigare om-

fattades av Apoteket AB:s ensamrätt. Samtidigt fråntogs Apoteket AB sitt ansvar för läkemedelsberedskap och ingen av de nuvarande apoteksaktörerna har givits något motsvarande ansvar.

Ytterligare en uppgift som staten tagit ansvar för rör de beredskapslager som från början skapades under det kalla kriget. Avsikten var att kunna behandla ett stort antal krigsskadade civila, från det primära omhändertagandet på förbandsplats till vård på sjukhus. Innehållet i lagret var inriktat på kirurgiska ingrepp med stora mängder operationsinstrument, blodpåsar, förbrukningsmateriel och vårdplatsutrustning. Uppbyggnaden av beredskapslagret avslutades 1995–1996. Sedan slutet av 1990-talet har lagret anpassats till den förändrade hotbilden och successivt avvecklats. År 1999 övertog Socialstyrelsen ansvaret för lagren från Överstyrelsen för civil beredskap. Efter försvarsbeslutet 2005–2006 påbörjades en ny avvecklingsfas. Målsättningen var att all materiel som inte kunde användas vid katastrofer i fred skulle avvecklas och lagerytorna minskas.

År 2010 redovisade Socialstyrelsen en rapport till regeringen om lagrens värde, omfattning och hållbarhet. I rapporten konstateras att det finns goda skäl att Socialstyrelsen fortsätter att ha läkemedel i beredskap för stora utbrott av smittsamma sjukdomar inklusive pandemi och allvarliga händelser med kemiska, biologiska, radiologiska eller nukleära ämnen (CBRN-ämnen). Socialstyrelsen föreslår att övriga grupper avvecklas. Den 30 juni 2018 redovisade Socialstyrelsen, på regeringens uppdrag, en förnyad bedömning av hur innehållet i myndighetens kvarvarande beredskapslager av läkemedel och medicinteknik bör hanteras framgent. I rapporten bedömer Socialstyrelsen att merparten av nuvarande beredskapslagrad materiel är användbar i fredstida beredskap och i det återupptagna arbetet med totalförsvar. Beredskapslagrets framtida innehåll, omfattning och standard bör enligt rapporten bedömas utifrån de gränssättande faktorer och den dimensionering som kartläggs för akutsjukvården inom ramarna för totalförsvarsplaneringen.

Sedan år 2005 har det tagits vissa initiativ när det gäller att säkerställa försörjningen av läkemedel i första hand inriktade på utbrott av smittsamma sjukdomar. Folkhälsomyndigheten (tidigare Socialstyrelsen) har bl.a. haft att köpa in och lagerhålla antivirala läkemedel som en beredskap inför kommande influensapandemier. Under senare år har beredskapslagret även kompletterats med läkemedel mot olyckor

med kemiska ämnen och terroristhandlingar samt strålskyddsinstrument och skyddsutrustning.

Vidare har regeringen gett Folkhälsomyndigheten i uppdrag att genom avtal med vaccintillverkare säkerställa tillgång till vaccin för hela befolkningen vid en influensapandemi. Kostnaden för att upprätthålla beredskapen för leverans av vaccin har legat på staten. Kostnaden för inköp av vaccin har legat på landstingen. Regeringen har uttalat att staten bör ta ett ansvar även för inköpen av vaccinerna. Landstingen kommer även fortsatt att vara ansvariga för utförandet av vaccinationerna. Förändringarna av åtagandena för staten och huvudmännen för hälso- och sjukvården har reglerats i enlighet med den kommunala finansieringsprincipen. I nuläget har inte denna förändring av statens och landstingens ansvar reglerats rättsligt.

Beredskapsbemyndiganden på hälso- och sjukvårdsområdet

I 6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) finns bemyndigande som ger regeringen möjlighet att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvården i krig, vid krigsfara eller under sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av att det är krig utanför Sveriges gränser eller av att Sverige har varit i krig eller krigsfara. Regeringen får med stöd av bemyndigandet meddela bestämmelser för krigssituationer som tar över den lagstiftning rörande sjukvården som gäller under fredstid. Liksom i fråga om annan beredskapslagstiftning kan sådana författningar utfärdas redan i fredstid (se prop. 1981/82:97 s. 137).

Enligt 6 kap. 2 § 3 HSL får regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddela föreskrifter om hälso- och sjukvården i fredstid om det ur ett nationellt perspektiv finns behov av katastrofmedicinska insatser (se prop. 2001/02:158, s 74–76). Denna möjlighet har dock aldrig utnyttjats. Av 18 kap. 11 § läkemedelslagen framgår att regeringen får meddela föreskrifter om läkemedelskontrollen i krig, vid krigsfara eller under sådana extraordinära förhållanden som är föranledda av krig eller av krigsfara som Sverige befunnit sig i. Någon bestämmelse som uttryckligen ger regeringen rätt att meddela liknande föreskrifter om läkemedelskontrollen för fredstida krissituationer finns inte i läkemedelslagen, men enligt 18 kap. 12 § samma lag får regeringen eller den myndighet som regeringen

bestämmer meddela ytterligare föreskrifter i frågor som rör lagen och som behövs för att skydda människors eller djurs hälsa eller miljön. Regeringen har, som framgår av 9 kap. 11 § läkemedelsförordningen (2015:458), bemyndigat Läkemedelsverket att meddela sådana ytterligare föreskrifter.

Enligt 9 kap. 5 § smittskyddslagen får regeringen meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet om landet kommer i krig eller krigsfara eller om det råder sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av krig eller av krigsfara som landet har befunnit sig i. Enligt 9 kap. 6 § smittskyddslagen får regeringen även meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet, om det vid en fredstida kris som har betydande inverkan på möjligheterna att upprätthålla ett effektivt smittskydd finns behov av samordnade nationella åtgärder eller ur ett nationellt perspektiv av andra särskilda insatser inom smittskyddet (se prop. 2003/04:30, s. 247).

För närvarande finns det alltså bemyndiganden att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvården om landet kommer i krig eller krigsfara i tre lagar inom hälso- och sjukvårdsområdet, varav två har bemyndiganden som särskilt avser allvarliga händelser i fredstid. Det saknas i dag möjlighet att meddela särskilda föreskrifter med stöd av uttryckliga beredskapsbemyndiganden i övrig lagstiftning inom hälso- och sjukvårdsområdet. De aktuella lagarna innehåller emellertid andra bemyndiganden. Bestämmelser som meddelas med stöd av sådana bemyndiganden kommer i normalfallet även att gälla under krig, krigsfara eller allvarliga händelser i fredstid.

Inget av de redovisade beredskapsbemyndigandena har legat till grund för några föreskrifter. Det råder viss osäkerhet kring vad som krävs för att rekvisiten i bemyndigandena för allvarliga händelser i fredstid ska anses vara uppfyllda. Det utvecklas exempelvis inte närmare i förarbetena hur man ska avgöra om det finns ett ”nationellt perspektiv” på det sätt som krävs enligt dessa bemyndiganden. Förarbetsuttalandena till bemyndigandet i 6 kap. 2 § 3 HSL är kortfattande och ger inte mycket ledning kring hur bemyndigandet är avsett att tillämpas. Som utgångspunkt gäller att beredskapsföreskrifter kan meddelas i förväg. Utifrån det aktuella bemyndigandets ordalydelse kan man dock få intrycket att behovet av katastrofmedicinska insatser måste ha uppstått innan föreskrifterna får meddelas. Det är inte heller klart i alla delar hur beredskapsbemyndigandena

förhåller sig till övriga bemyndiganden på hälso- och sjukvårdsområdet.

I nuläget råder det också osäkerhet kring hur de bemyndiganden som finns i bl.a. 6 kap. HSL skulle kunna tillämpas i praktiken och vilka effekter som de skulle kunna ge upphov till. En faktor som spelar in är tidsaspekten. Detta kan vara en begränsade faktor då många händelser kräver omedelbara insatser. I sådana situationer kan det, med tanke på den beslutsprocess som finns för ett meddela föreskrifter, vara svårt att hinna meddela föreskrifter som är anpassade för den händelse som inträffat. Slutligen kan det i ifrågasättas om det är lämpligt att en aktör, i detta fall staten, som saknar vana att operativt styra hälso- och sjukvården under normala förhållanden skulle ta på sig denna uppgift vid kris eller krig.

Det måste säkerställas att hälso- och sjukvården i krigssituationer och i fredstida krissituationer fungerar. Det är därför viktigt att de förutsättningar som finns vad gäller hälso- och sjukvården i krigssituationer och fredstida krissituationer är tillräckligt tydliga och att bestämmelserna på detta område kan tillämpas i praktiken. I annat fall finns det en risk att det skapas förväntningar på åtgärder som sedan aldrig kan genomföras. Det bör därför nogt övervägas om de nu redovisade särskilda bemyndigandena för krigs- och fredstida krissituationer är tillräckliga för de föreskrifter som krävs för att hantera sådana situationer. Dessa särskilda bemyndigandena måste analyseras tillsammans med övriga bemyndiganden som finns i lag och förordning och som kan ha relevans i nyss nämnda krissituationer. Nödvändiga bemyndiganden ska utformas så att de är tydliga.

Uppdraget

Övergripande om uppdraget

En särskild utredare ska göra en översyn av hälso- och sjukvårdens beredskap inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap samt lämna förslag på hur hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera denna typ av händelser långsiktigt bör utvecklas.

Syftet med uppdraget är att se över behoven av och inriktningen på de åtgärder som bör vidtas inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap. Vidare är syftet att föreslå en långsiktig och tydlig ordning för dessa insatser, säkerställa att det finns ett

ändamålsenligt regelverk för att kunna vidta dessa åtgärder och vid behov förtydliga statens, landstingens och privata aktörers ansvar.

Vid genomförandet av uppdraget ska utredaren beakta de erfarenheter som finns från terroristattentatet på Drottninggatan i april 2017, terroristattentaten i andra europeiska länder, bl.a. Norge, Frankrike, Belgien och Storbritannien, samt andra allvarliga händelser fredstid, t.ex. Japan 2011.

I uppdraget ingår också att beakta den nationella säkerhetsstrategin samt de beslut som riksdag och regering fattat om återuppbyggnaden av planeringen av totalförsvaret.

Vid genomförandet av uppdraget ska utredaren beakta tidigare utredningar och kartläggningsarbeten som kan vara av betydelse för uppdraget.

Beredskap och förmåga inom hälso- och sjukvården i fredstid behöver stärkas

Utredaren ska analysera behoven av insatser för att säkerställa hälso- och sjukvårdens beredskap och förmåga att hantera allvarliga händelser i fredstid respektive vid höjd beredskap. Vidare ska utredaren analysera om det finns behov av utvecklade insatser för att vid allvarliga händelser i fredstid respektive höjd beredskap bedriva katastrofmedicin och traumahantering. Analysen ska också avse i vad mån det finns behov av särskilda förmågor för att hantera specifika händelser inför allvarliga händelser i fredstid respektive höjd beredskap och i vad mån den behöver utvecklas. Utredaren ska även analysera förmågan att leda verksamheten vid kris och krig, förmågan att lämna lägesbilder, förmågan att samverka med varandra samt förmågan att vid behov omfördela patienter mellan landsting. Vidare ska analysen innefatta frågor som rör planering samt vilka övningar och utbildningar som landstingen behöver genomföra.

I uppdraget ingår även att analysera i vad mån den pågående strukturen av hälso- och sjukvården får konsekvenser för hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera allvarliga kriser i fredstid och vid höjd beredskap och vid behov lämna förslag på hur detta bör hanteras. I relevanta delar bör även de behov som finns inom den kommunala hälso- och sjukvården beaktas. Mot denna bakgrund ska utredaren lämna förslag på såväl övergripande inriktning som konkreta insatser och åtgärder för hur hälso- och sjukvårdens beredskap

och förmåga att hantera allvarliga händelser i fredstid ska kunna utvecklas.

Beredskap mot smittsamma sjukdomar och andra hälsohot

Utredaren ska analysera behoven av insatser för att ha en god beredskap mot smittsamma sjukdomar, inkl. zoonoser, och andra hälsohot. Analysen ska utgå från de utvärderingar som har gjorts av bl.a. hanteringen av ebolautbrottet i Västafrika 2014–2015 och influensa-pandemin 2009–2010. Analysen bör bl.a. belysa behoven av högisoleringsvård och förmåga att transportera högsmittsamma patienter. Vidare bör utredaren beakta de erfarenheter och det utvecklingsarbete som genomförts internationellt de senaste åren, främst inom WHO, i syfte att stärka förmågan att hantera utbrott av smittsamma sjukdomar.

Mot denna bakgrund ska utredaren lämna förslag på såväl övergripande inriktning som eventuella konkreta insatser och åtgärder för en god beredskap och förmåga att hantera smittsamma sjukdomar och andra hälsohot.

Hälso- och sjukvården som en del av totalförsvaret behöver utvecklas

Utredaren ska analysera hur hälso- och sjukvårdens planering inför och förmåga under höjd beredskap ska utvecklas. I uppdraget ingår insatser och åtgärder som behövs för att skydda civilbefolkningen, säkerställa viktiga samhällsfunktioner och de behov av hälso- och sjukvårdsinsatser som Försvarsmakten har.

Utredaren ska i sitt arbete beakta de förslag avseende hälso- och sjukvården som Försvarsberedningen lämnat i rapporten Motståndskraft – inriktningen av totalförsvaret och utformningen av det civila försvaret 2021–2025. Utredaren ska analysera, vidareutveckla och vid behov pröva ändamålsenligheten i de förslag och bedömningar som lämnas i rapporten. Särskild vikt ska läggas vid genomförbarheten och kostnadsuppskattningarna av de förslag som beredningen lämnat samt ansvaret för genomförandet av de olika delarna i förslagen. Utredaren ska även analysera övriga förslag som lämnas i rapporten och på vilket sätt som de kan påverka förutsättningarna för att utveckla be-

redskapen inom hälso- och sjukvården, t.ex. i fråga om kritiska beroenden samt samordnings- och samverkansfrågor.

Vidare ska utredaren analysera behoven av rutiner och strukturer för ledning och samordning mellan Försvarsmakten och den civila sjukvården vid höjd beredskap och krig. Utredaren ska därvidlag beakta de förslag som Försvarsberedningen lämnat vad gäller regional organisation för det civila försvaret samt utvecklingen av de statliga myndigheters arbete och det fortsatta utredningsarbetet av bl.a. den planerade utredningen om ansvar, ledning och samordning inom civilt försvar i dessa frågor.

Mot denna bakgrund ska utredaren lämna förslag på såväl övergripande inriktning som konkreta insatser och åtgärder för hur hälso- och sjukvårdens förmåga under höjd beredskap ska kunna utvecklas.

Försörjningen av läkemedel och annan sjukvårdsmateriel

Utredaren ska se över nuvarande ordning för att säkerställa att det finns tillgång till läkemedel och annan hälso- och sjukvårdsmateriel vid allvarliga händelser i fredstid respektive under höjd beredskap. I uppdraget ingår att analysera de förändringar som skedde i samband med omregleringen av apoteksmarknaden och de förändringar som apoteksmarknaden genomgått sedan dess. Utredaren ska även analysera de förändringar som i övrigt skett vad gäller landstingens försörjning av läkemedel i slutenvården och vad gäller medicintekniska produkter.

Mot denna bakgrund ska utredaren se över behoven av insatser för att säkerställa tillgången till läkemedel och annan hälso- och sjukvårdsmateriel som är nödvändig inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap. Utgångspunkten ska vara att behoven så långt det är möjligt bör tillgodoses i den ordinarie försörjningskedjan. I uppdraget ingår att se över behoven av insatser för att inom såväl sluten- som öppenvården samt på grossistnivå och hos läkemedelsföretagen öka motståndskraften mot störningar i försörjningen av läkemedel och medicinteknik och dessutom få en försörjningskedja som kan ta höjd för ökade och specifika behov vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap.

Vidare ska utredaren analysera behoven av och ändamålsenligheten hos den beredskapslagring som i dag sker i Socialstyrelsens,

Folkhälsomyndighetens respektive i landstingens regi. I detta ingår att identifiera och pröva ändamålsenligheten hos alternativa modeller för att säkra tillgången till läkemedel och annan hälso- och sjukvårdsmateriel.

I uppdraget ingår att analysera vilka principer som bör gälla vid beslut om inriktning och dimensionering av insatserna för att säkerställa tillgång till läkemedel och annan hälso- och sjukvårdsmateriel. Utredaren ska särskilt beakta de principer som i stort styr prioriteringar inom hälso- och sjukvården, den s.k. etiska plattformen. Vidare ska utredaren lämna förslag på en ordning som möjliggör för samhället att ta ställning till vilka läkemedel som bör tillhandahållas och hur tillhandahållandet bör ske.

I uppdraget ingår att pröva om befintliga författningar som reglerar tillgång till och användning av läkemedel och hälso- och sjukvårdsmateriel vid allvarliga händelser i fredstid och under höjd beredskap är ändamålsenliga och vid behov lämna förslag till ändringar. I detta ingår också att pröva om det finns skäl att förtydliga statens, landstingens och privata aktörers ansvar att säkra tillgången till nödvändiga läkemedel eller annan hälso- och sjukvårdsmateriel vid allvarliga hälsohot i fredstid och höjd beredskap.

Utredaren ska analysera om det finns behov av att enligt författning kunna begränsa forskrivningsrätten eller kunna vidta andra åtgärder som syftar till att de läkemedel som det finns brist på kan användas på ett optimalt sätt vid allvarliga händelser i fredstid respektive under höjd beredskap.

I uppdraget ingår att lämna förslag på lagreglering av statens ansvar vad gäller försörjningen och finansieringen av vacciner vid influensapandemier.

Uppdraget omfattar inte läkemedel för djur.

Behov av att förtydliga huvudmännens ansvar för hälso- och sjukvårdens beredskap

Med utgångspunkt i ansvarsprincipen ska utredaren se över om landstingens ansvar för att vidta insatser och åtgärder inför, under och efter allvarliga händelser i fredstid respektive höjd beredskap bör förändras eller förtydligas. Vid behov ska utredaren även lämna förslag rörande förtydliganden eller förändringar av kommunernas ansvar för kommunal hälso- och sjukvård i dessa situationer. Utredaren ska

särskilt beakta den uppdelning som i dag finns mellan lagstiftning inom hälso- och sjukvård och den lagstiftning som styr kommuners och landstings ansvar vid extraordinära händelser i fredstid och inför och under höjd beredskap. Särskilt vikt bör läggas vid landstingens ansvar att vidta förberedande insatser och åtgärder avseende allvarlig händelse i fredstid respektive höjd beredskap.

Behov av utökade möjligheter till samordning och samarbete mellan landstingen samt i förhållande till andra aktörer

Utredaren ska analysera det samarbete som landstingen i dag har med varandra vad gäller allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap och göra en bedömning av om detta samarbete är tillräckligt. Vid behov ska utredaren lämna förslag till hur detta samarbete bör utvecklas samt om nuvarande rättsliga förutsättningar för huvudmännen att samarbeta i denna typ av frågor är tillräckliga. Vid behov ska utredaren lämna förslag på en tydligare ordning för samarbete mellan landstingen inför, under och efter en händelse.

Utredaren ska även analysera det samarbete som landstingen i dag har med andra aktörer i beredskapssystemet. Utredaren ska bl.a. analysera om och i så fall hur samarbetet mellan landstingen och länsstyrelserna utifrån deras respektive ansvar för beredskapsfrågor bör utvecklas samt hur samarbetet mellan landsting och kommuner bör utvecklas, bl.a. i fråga om den kommunala hälso- och sjukvården. Utredaren ska även analysera hur samarbetet mellan landstingen och centrala myndigheter som Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten Läkemedelsverket, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap samt Försvarsmakten bör utvecklas.

Utredaren ska särskilt beakta de förslag som Försvarsberedningen lämnat i fråga om regionalt samarbete samt i fråga om utvecklingen av vilket ansvar som statliga myndigheter bör ha för beredskapsfrågor.

Behov av att se över statens ansvar för hälso- och sjukvårdens beredskap

Utredaren ska, med utgångspunkt i ansvarsprincipen, se över statens ansvar för beredskapen inom hälso- och sjukvården och vid behov lämna förslag till förändringar eller förtydliganden av det statliga ansvaret. I detta ligger bl.a. att se över de statliga myndigheternas uppdrag inom området och vid behov lämna förslag till förändringar eller förtydliganden. Vidare ska utredaren se över behoven av att tydliggöra vilket stöd från staten som landstingen kan förvänta sig i arbetet med att förbättra beredskapen inom hälso- och sjukvården och vid behov lämna sådana förslag.

Privata aktörers ansvar för hälso- och sjukvårdens beredskap behöver ses över

Utredaren ska se över ansvaret för de delar av hälso- och sjukvården där privata aktörer har ett direkt ansvar, främst vad gäller för försörjningen av läkemedel i öppenvården och delar av den övriga läkemedelskedjan. Vid behov ska utredaren lämna förslag till förtydliganden eller förändring av ansvaret i läkemedelskedjan för läkemedelstillverkare, partihandlare samt öppenvårdsapotek och andra privata aktörer i apoteksledet.

Utredaren ska kartlägga i vilken utsträckning hälso- och sjukvården i övrigt är beroende av privata aktörer för att kunna hantera allvarliga händelser i fredstid respektive höjd beredskap. Kartläggningen ska bl.a. belysa om det finns områden, t.ex. transporter, försörjningen av läkemedel till sjukhus, försörjningen av medicinteknisk utrustning och försörjning av andra varor, där beroendet är särskilt stort. Kartläggningen bör även avse sjukhus och andra hälso- och sjukvårdsinrättningar som drivs av privata aktörer.

Utredaren ska kartlägga vilka krav landstingen i nuläget ställer på privata aktörer vid allvarliga händelser i fredstid och vid höjd beredskap samt om och i så fall hur dagens situation påverkar hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera sådana händelser. Vid behov ska utredaren se över vilka krav som bör ställas på privata aktörer i denna typ av situationer och vilka förutsättningar som gäller för landstingen om de vill ställa sådana krav. Vid behov ska utredaren lämna förslag till förändringar.

*En ändamålsenlig reglering för allvarliga händelser i fredstid
respektive höjd beredskap*

Utredaren ska analysera om befintliga författningar av betydelse för beredskap inom hälso- och sjukvården i fredstid och under höjd beredskap är ändamålsenliga. Vid behov ska utredaren lämna förslag till ändringar i syfte att säkerställa att det finns ett ändamålsenligt regelverk för att kunna vidta nödvändiga åtgärder.

I uppdraget ingår att se över behoven av en mer flexibel lagstiftning vid allvarliga hälsohot med konsekvenser för samhället. Utredaren ska bl.a. pröva om enbart vissa av smittskyddslagens bestämmelser bör vara tillämpliga vid en viss allmänfarlig sjukdom i vissa situationer.

I uppdraget ingår att se över behovet av beredskapsbemyndiganden. I detta ingår särskilt att analysera vilka praktiska, tidliga och andra förutsättningar som bör vara uppfyllda för att bemyndigandena ska kunna tillämpas. Utredaren ska analysera konsekvenserna om staten tar över eller styr prioriteringar i frågor som normalt sett ligger inom huvudmännens ansvarsområde. Vidare ska utredaren överväga alternativa åtgärder för att hantera de behov som bemyndigandena är tänkta att tillgodose.

Utredaren ska, mot denna bakgrund, pröva om de beredskapsbemyndiganden som för närvarande finns i hälso- och sjukvårdslagen, smittskyddslagen och läkemedelslagen är ändamålsenligt utformade och tillräckliga. Vid behov ska utredaren lämna förslag till förändringar eller förtydliganden av bemyndigandena eller föreslå nya bemyndiganden. Vid analysen av hur bemyndigandena bör utformas ska utredaren beakta att det kan finnas behov av olika regelverk vid allvarliga händelser i fredstid respektive höjd beredskap. Förhållandet till övriga bemyndiganden på hälso- och sjukvårdsområdet ska belysas. Utredaren ska, så långt det är möjligt, utgå från den ansvarsprincip som ligger till grund för krisberedskapen. Vidare ska utredaren pröva om det finns behov av beredskapsbemyndiganden i någon annan lag inom hälso- och sjukvårdsområdet och vid behov lämna sådana förslag.

Utredaren ska föreslå en beredskapsreglering med stöd av respektive bemyndigande. Utredaren ska i detta arbete skilja på bestämmelser som kan behövas vid allvarliga händelser i fredstid och sådana som kan behövas under höjd beredskap.

Förslag till färdplan

Utredaren ska, utifrån kartläggning och analys, utarbeta en nationell färdplan för hur beredskapen inom hälso- och sjukvården ska kunna utvecklas avseende allvarliga händelser i fredstid, inklusive hälsohot och terroristattentat, respektive höjd beredskap. Färdplanen ska innehålla dels förslag på en långsiktig och övergripande inriktning för arbetet, dels förslag på prioriterade insatser och åtgärder på kort sikt. Syftet med färdplanen ska vara att stödja landstingens arbete med att stärka sin förmåga att hantera allvarliga händelser i fredstid och under höjd beredskap och underlätta återupptagandet av planeringen för det civila försvaret.

Kommunala självstyret

Utredaren ska vid genomförandet av uppdraget särskilt beakta det kommunala självstyret. I detta ligger bl.a. att analysera eventuella förslag i förhållande till regeringsformen och kommunallagen. Författningsförslag Utredaren ska lämna de förslag till författningsändringar som uppdraget kräver.

Konsekvensbeskrivningar

I uppdraget ingår att lämna konsekvensbedömningar av de förslag som ges. I synnerhet ska konsekvenserna för huvudmännen, patienterna och staten beskrivas. Om förslagen påverkar kostnaderna eller intäkterna för staten, landstingen eller kommunerna ska en beräkning av dessa konsekvenser redovisas. Om förslagen medför kostnadsökningar för stat, landsting eller kommuner ska utredaren föreslå hur dessa ska finansieras. Om något av förslagen kommer att påverka det kommunala självstyret ska dess konsekvenser samt de särskilda avvägningar som föranlett förslaget särskilt redovisas. Utredningen ska, vid sina avvägningar, beakta den administrativa börda och de ekonomiska konsekvenser som kan uppkomma för privata aktörer. Om förslagen har betydelse för jämställdheten mellan kvinnor och män, eller särskilt berör kvinnor eller män, flickor eller pojkar, ska konsekvenserna i det avseendet anges i betänkandet. Förslagets konsekvenser ska redovisas enligt vad som anges i 14 och 15 §§ kommitté-

förordningen (1998:1474). Om betänkandet innehåller förslag till nya eller ändrade regler ska förslagets kostnadsmissiga och andra konsekvenser anges i enlighet med 15 a § samma förordning.

Samråd och redovisning av uppdraget

Arbetet ska präglas av ett utåtriktat och inkluderande arbetssätt. Utredaren ska samråda med myndigheter med uppgifter som berör uppdraget och andra berörda aktörer. Utredaren ska samråda med Sveriges Kommuner och Landsting, företrädare för landstingen samt företrädare för patienter och professionen. I relevanta delar ska utredaren även samråda med företrädare för den kommunala hälso- och sjukvården och privata aktörer som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Utredaren ska samråda med Utredningen om näringslivets roll i totalförsvaret (dir. 2018:64), Utredningen om samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:1) och andra pågående utredningar med betydelse för uppdraget.

Uppdraget ska redovisas senast den 31 december 2020.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2019:83

Tilläggsdirektiv till Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap (S 2018:09)

Beslut vid regeringssammanträde den 14 november 2019

Utvidgning av och förlängd tid för uppdraget

Regeringen beslutade den 9 augusti 2018 kommittédirektiv om hälso- och sjukvårdens beredskap och förmåga inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap (dir. 2018:77). Enligt direktiven ska uppdraget redovisas senast den 31 december 2020.

Utredaren får nu även i uppdrag att överväga och analysera vilka åtgärder som behövs för att förebygga och hantera situationer med brist på hälso- och sjukvårdsmaterial under förhållanden då inte någon allvarlig händelse i övrigt påverkar försörjningen. Uppdraget omfattar även motsvarande frågor när det gäller läkemedel. Utredaren får vidare i uppdrag att analysera vissa frågor om hanteringen av jodtabletter inom ramen för kärnenergiberedskapen. Utredaren får också förlängd tid för uppdraget till den 30 september 2021 och ska lämna en delredovisning senast den 1 april 2020.

Utvidgning av uppdraget

Under oktober 2019 uppstod problem med hälso- och sjukvårdens materialförsörjning i fem landsting i samband med att en ny leverantör, som hade upphandlats av landstingen gemensamt, övertog ansvaret för leveranser av förbrukningsmaterial. Den omfattande mate-

materialbristen medförde snabbt konsekvenser för vården och ledde bl.a. till att planerade operationer ställdes in och att flera av de berörda landstingen gick in i stabsläge. Även statliga myndigheter involverades i hanteringen av situationen, exempelvis arbetade Socialstyrelsen med att göra lägesbedömningar och anordna samverkanskonferenser. Även andra myndigheter såsom Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) berördes.

Materialbristen och dess följder visar på en generell sårbarhet i hälso- och sjukvårdens materialförsörjning och på att det finns ett behov av att se över vilka åtgärder som bör vidtas i syfte att dels förebygga att liknande situationer inträffar igen, dels stärka förmågan att hantera situationer som trots allt uppstår. Den grundläggande materialförsörjningen är också grunden till hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap. Exempel på frågor som behöver belysas är betydelsen av kravställning och utformning i övrigt när det gäller landstingens upphandlingar, planering och genomförande av leverantörbyten och behovet av lagerhållning hos hälso- och sjukvården. Det kan inte uteslutas att liknande problem kan uppstå i läkemedelsförsörjningen, även om det finns skillnader i regelverk och distributionsvägar jämfört med distributionen av hälso- och sjukvårdsmaterial.

Utredningens uppdrag enligt de ursprungliga direktiven (dir. 2018:77) handlar om hälso- och sjukvårdens beredskap och förmåga inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap. Regeringen bedömer att uppdraget bör utvidgas till att omfatta situationer där det inte finns några yttre störningar i samhället som inverkar negativt på försörjningen av läkemedel och hälso- och sjukvårdsmaterial. Utredaren ska därför

- analysera och överväga åtgärder för att stärka försörjningskedjorna till hälso- och sjukvården under mer vardagliga förhållanden och inte enbart kopplat till allvarliga händelser i fredstid eller höjd beredskap,
- i fråga om läkemedel lägga tyngdpunkten på åtgärder som kan vidtas av landstingen och de aktörer som svarar för försäljning och distribution av läkemedel till hälso- och sjukvården, och
- föreslå de åtgärder inklusive eventuella förslag till författningsändringar som översynen föranleder.

Det finns därtill behov av att ytterligare utvidga uppdraget till att omfatta vissa frågor kring hantering av jodtabletter inom ramen för kärnenergiberedskapen. En bakgrund till utvidgningen av uppdraget i denna del finns i

Strålsäkerhetsmyndighetens rapport 2017:27 Översyn av beredskapzoner. Utredaren ska därför

- analysera rättsläget kring hantering av jodtabletter inom ramen för kärnenergiberedskapen genom att utreda ansvaret för upphandling, lagerhållning, kompletterings- och extrautdelning samt rätten att rekommendera intag av jodtabletter, och
- föreslå hur dessa frågor ska lösas.

Förlängd tid för uppdraget och delredovisning av vissa frågor om det civila försvaret

Enligt de ursprungliga direktiven ska uppdraget redovisas senast den 31 december 2020. Utredningstiden förlängs nu. Uppdraget ska i stället redovisas senast den 30 september 2021. Om utredaren anser att det är lämpligt får dock vissa frågor eller delar av uppdraget redovisas vid en tidigare tidpunkt. En delredovisning med följande innehåll ska lämnas senast den 1 april 2020:

- Utredaren ska redovisa en analys av de åtgärdsförslag avseende det civila försvaret som Försvarsberedningen, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) och Försvarsmakten har redovisat när det gäller hälso- och sjukvården.
- I detta ligger att utredaren ska göra en bedömning av den övergripande inriktning som hälso- och sjukvården behöver för att möta de utmaningar som finns för det civila försvaret.
- Utredningen ska bl.a. föreslå en prioritetsordning för de områden där det krävs insatser t.o.m. 2025 samt vilka kostnader och övriga konsekvenser detta ger upphov till.

- I de fall där det är möjligt ska utredaren beräkna och redovisa kostnadsbedömningar för de föreslagna åtgärderna och bedöma i vilken utsträckning respektive åtgärdsförslag är ekonomiskt skalbart.
- Om utredaren bedömer att ytterligare underlag behöver tas fram ska det anges.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2020:84

Tilläggsdirektiv till Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap (S 2018:09)

Beslut vid regeringssammanträde den 20 augusti 2020

Utvidgning av och förlängd tid för uppdraget

Regeringen beslutade den 9 augusti 2018 kommittédirektiv om hälso- och sjukvårdens beredskap och förmåga inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap (dir. 2018:77). Enligt direktiven skulle uppdraget redovisas senast den 31 december 2020.

Utredningen fick den 14 november 2019 tilläggsdirektiv och överlämnade i april 2020 delbetänkandet Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning (SOU 2020:23) som bl.a. innehåller bedömningar i fråga om hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap.

Uppdraget utvidgas nu på så sätt att utredningen ska beakta erfarenheter av utbrottet av sjukdomen covid-19 under det fortsatta utredningsarbetet. Utredningstiden förlängs. Uppdraget ska i stället redovisas slutligt senast den 28 februari 2022. Utredningen ska dock lämna en delredovisning senast den 1 april 2021 av de delar som avser försörjning av hälso- och sjukvårdsmaterial och läkemedel.

Erfarenheter av utbrottet av covid-19 som bör beaktas i utredningsarbetet

Utbrottet av covid-19 har fått stora konsekvenser för hälso- och sjukvården och föranlett ett flertal åtgärder från regeringens, myndigheternas, regionernas och kommunernas sida. Flera uppdrag har beslutats som rör beredskapsområdet och försörjningsfrågor. Här kan särskilt nämnas uppdrag till Socialstyrelsen om att stärka beredskapsarbetet, om att bistå regionerna genom att på nationell nivå säkra tillgången på skyddsutrustning och annat material respektive medicinteknisk utrustning, om fördelning av sjukvårdsmaterial och om en samordningsfunktion för intensivvårdsplatser. Socialstyrelsen har även fått i uppdrag att ge förslag på hur myndigheten kan stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov orsakade av utbrottet av covid-19. När det gäller tillgången till läkemedel har Läkemedelsverket bl.a. fått i uppdrag att öka samordningen för att säkra tillgången till sådana läkemedel som bedöms vara av central betydelse vid eventuella störningar till följd av spridningen av det nya coronaviruset. En särskild reglering av möjligheten att hämta ut receptbelagda läkemedel har införts. Folkhälsomyndigheten har tillsammans med fem andra myndigheter fått i uppdrag att samordna genomförandet av en s.k. JEE, vilket är en utvärdering av svensk beredskap mot gränsöverskridande hälsohot. Utredningen ska under sitt fortsatta arbete beakta erfarenheter och resultat av dessa och andra uppdrag som är av betydelse för de frågor som ingår i utredningens uppdrag.

I Försvarsberedningens rapport Motståndskraft – inriktningen av totalförsvaret och utformningen av det civila försvaret 2021–2025 (Ds 2017:66) anges som utgångspunkt för planeringen och grunden för totalförsvarets samlade förmåga en förmåga att motstå allvarliga störningar i samhällets funktionalitet under tre månader samt krig under del av dessa tre månader. Eftersom det är osäkert huruvida leveranser kommer att kunna nå Sverige vid en säkerhetspolitisk kris i Europa som sträcker sig över en längre tid än tre månader framför Försvarsberedningen att det i ett sådant läge kan krävas en omställning för att öka den inhemska produktionen av t.ex. livsmedel. Regeringen bedömer att det också behövs ett längre tidsperspektiv än tre månader när det gäller hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera kriser och tillgodose behovet av läkemedel och tjänster, vilket utredningen ska beakta i sitt arbete. Det måste också beaktas att för-

brukningen av läkemedel, skyddsutrustning och förbrukningsmaterial m.m. kan vara betydligt högre under den period som en kris pågår än i normalläget.

Arbetet med det svenska samhällets krisberedskap utgår från ansvarsprincipen som innebär att den som har ansvar för en verksamhet under normala förhållanden har motsvarande ansvar under kris- och krigssituationer. Ansvarsprincipen innebär också att alla aktörer ska stödja och samverka med varandra. Regioner och kommuner är huvudmän för hälso- och sjukvård i Sverige. Regionernas ansvar för att erbjuda hälso- och sjukvård framgår av 8 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Regionerna ska till kommunerna avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i bland annat särskilt boende och hemsjukvård. Kommunerna ansvarar enligt 12 kap. HSL för hälso- och sjukvård åt personer som bor i vissa boendeformer m.m. och får även i vissa andra situationer bedriva hälso- och sjukvård, t.ex. hemsjukvård. I kommunerna ska det finnas medicinskt ansvariga sjuksköterskor.

Vid hanteringen av utbrottet av covid-19 har det framkommit ett stort behov av nationell och regional samordning och även omfördelning av resurser mellan olika aktörer. Flera regeringsuppdrag har därför lämnats till Socialstyrelsen när det gäller samordning, inköp och fördelning av resurser. Dessa frågor behöver ges stor uppmärksamhet i det fortsatta utredningsarbetet. Även det ökade behovet av skyddsutrustning inom den kommunala omsorgen vid en pandemi behöver beaktas. Det bör beaktas att det uppdrag som Arbetsmiljöverket nu har för att bidra till att säkerställa tillgången till skyddsutrustning under utbrottet av covid-19 endast ska vara av tillfällig karaktär. En särskild fråga som utredaren ska analysera är vilka möjligheter som bör finnas att omfördela läkemedel och sjukvårdsmaterial från en enskild aktör, oavsett om vårdgivaren har vårdavtal med regionen eller inte.

En annan viktig fråga är tillgången på personal som har den kompetens som krävs för de vårdbehov som ska tillgodoses i en krissituation, inklusive vid stora utbrott av smittsamma sjukdomar. Utbrottet av covid-19 har medfört ett ökat behov av vårdinsatser och således även av personal. Det gäller i synnerhet personal med intensivvårdsutbildning, men även andra personalkategorier på såväl kommunal som regional nivå. Samtidigt har sjukskrivningarna ökat bland dem som arbetar inom vården och omsorgen. På flera håll har vårdgivare

under pågående krissituation utbildat hälso- och sjukvårdspersonal i basal intensivvård. I syfte att skapa en bättre förberedelse inför en framtida krissituation behövs det en analys av hur hälso- och sjukvårdens behov av personal med adekvat kompetens kan tillgodoses på ett mer effektivt sätt vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap, t.ex. genom regelbunden utbildning och övning av hälso- och sjukvårdspersonal som till vardags arbetar i en annan verksamhet. Det kan också handla om snabbutbildning av personal för att kunna delta i vård av patienter med smittsamma sjukdomar eller med trauman.

Utbrottet av covid-19 har vidare aktualiserat behovet av att snabbt kunna kalla in hälso- och sjukvårdspersonal som till vardags inte är anställd i kommunen och regionen. Förutsättningarna för kommuner och regioner att ta i anspråk sådan hälso- och sjukvårdspersonal bör analyseras.

Det kan konstateras att covid-19 hittills har drabbat ett stort antal äldre i särskilda boendeformer. Det är viktigt att det finns en beredskapsplanering som även omfattar den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen. Vid genomförandet av uppdraget behöver också samspelet mellan kommunal hälso- och sjukvård och omsorg och regional hälso- och sjukvård, såsom primärvården, regional ASIH-verksamhet (avancerad sjukvård i hemmet), akutsjukvården, slutenvården och smittskyddet beaktas.

Hanteringen av utbrottet av covid-19 har fört med sig en mycket ansträngd situation globalt när det gäller tillgången på skyddsmedel, medicinsk teknik, läkemedel, komponenter och förbrukningsmaterial. I Sverige ansvarar regioner och kommuner för att säkerställa tillgången till den utrustning som behövs för att bedriva hälso- och sjukvården och den kommunala omsorgen. Det kan dock konstateras att Sverige är ett av många länder som saknar omfattande lager, och såväl offentlig som privat sektor har i hög grad förlitat sig på de globala värdekedjorna för produktion och distribution av läkemedel och hälso- och sjukvårdsmaterial. Den uppkomna situationen, med en nationell utbudsbrist som är en konsekvens av globala värdekedjor som försvårar omställning till inhemsk produktion samt en massiv global efterfrågeökning, har förstärkts av olika typer av handels hinder såsom olika länders införande av exportrestriktioner, nedstängning av produktionskapacitet och störningar i de globala frakt-

systemen. Även detta är erfarenheter som behöver beaktas i utredningens fortsatta arbete.

Utredaren ska, utöver vad som framgår av tidigare direktiv,

- beakta erfarenheter och resultat av uppdrag och andra regeringsbeslut som är av betydelse för de frågor som ingår i utredningens uppdrag,
- beakta ett längre tidsperspektiv än tre månader när det gäller hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera kriser och tillgodose behovet av läkemedel och tjänster och också beakta att förbrukningen av läkemedel och hälso- och sjukvårdsmaterial kan vara betydligt högre än normalt under den period som en kris pågår,
- lägga stor vikt vid frågor om nationell och regional samordning och omfördelning av resurser mellan olika aktörer,
- analysera och vid behov lämna förslag om vilka möjligheter som bör finnas att omfördela läkemedel och sjukvårdsmaterial från en enskild aktör, oavsett om vårdgivaren har vårdavtal med regionen eller inte,
- analysera och lägga fram förslag på hur hälso- och sjukvårdens behov av personal med adekvat kompetens kan tillgodoses på ett mer effektivt sätt vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap,
- analysera förutsättningarna för kommuner och regioner att ta i anspråk hälso- och sjukvårdspersonal som till vardags inte är anställd i kommunen eller regionen och vid behov lämna förslag om detta,
- vid genomförandet av uppdraget beakta samspelet mellan kommunal hälso- och sjukvård och omsorg och regional hälso- och sjukvård, såsom primärvården, regional ASIH-verksamhet, akutsjukvården, slutenvården och smittskyddet, och
- beakta hur utbrottet av covid-19 påverkat de globala värdekedjorna och hur detta i sin tur påverkat tillgången till läkemedel och hälso- och sjukvårdsmaterial i Sverige.

Redovisning av deluppdraget om tillgång till läkemedel och annan hälso- och sjukvårdsmateriel

Under rubriken Försörjningen av läkemedel och annan sjukvårdsmateriel i dir. 2018:77 anges att utredaren ska se över nuvarande ordning för att säkerställa att det finns tillgång till läkemedel och annan hälso- och sjukvårdsmateriel vid allvarliga händelser i fredstid respektive under höjd beredskap. Utredaren ska bl.a. analysera de förändringar som skett på apoteksmarknaden i samband med och efter omregleringen 2009 och när det gäller regionernas försörjning av läkemedel och medicintekniska produkter. Mot bakgrund av analysen ska utredaren se över behoven av insatser för att säkerställa tillgången till läkemedel och annan hälso- och sjukvårdsmateriel som är nödvändiga inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap. Utredaren ska också se över den nuvarande beredskapslagringen och identifiera och pröva alternativa modeller.

Av dir. 2018:77 framgår också att utredaren ska se över ansvaret för de delar av hälso- och sjukvården där privata aktörer har ett direkt ansvar, främst vad gäller försörjningen av läkemedel i öppenvården och delar av den övriga läkemedelskedjan. Utredaren ska lämna de förslag till förtydliganden eller förändring som behövs i fråga om ansvaret i läkemedelskedjan för läkemedelstillverkare, partihandlare samt öppenvårdsapotek och andra privata aktörer i apoteksledet.

I tilläggsdirektiv som beslutades den 14 november 2019 (dir. 2019:83) fick utredaren i uppdrag att överväga och analysera nödvändiga åtgärder för att förebygga och hantera situationer med brist på hälso- och sjukvårdsmaterial samt läkemedel även då inte någon allvarlig händelse påverkar försörjningen.

Spridningen av det virus som orsakar covid-19 har satt ytterligare fokus på sårbarheten i hälso- och sjukvårdens försörjning med skyddsutrustning och annat hälso- och sjukvårdsmaterial på både regional och lokal nivå samt läkemedel. Det bedöms nu angeläget att ett underlag för åtgärder på dessa områden tas fram så snart som det är möjligt. Underlaget bör bl.a. bygga på erfarenheterna från utbrottet av covid-19, särskilt de aspekter som beskrivits under föregående rubrik.

Utredaren ska mot bakgrund av de bedömningar som görs i delbetänkandet (SOU 2020:23) om behovet av en förstärkt försörjningsberedskap och den situation som spridningen av det virus som orsakar covid-19 resulterat i senast den 1 april 2021 i ett delbetänkande

- redovisa de delar av uppdraget enligt dessa tilläggsdirektiv, dir. 2018:77 och dir. 2019:83, som avser försörjningen av läkemedel och hälso- och sjukvårdsmaterial vid allvarliga händelser i fredstid, vid höjd beredskap och i andra situationer,
- överväga och lämna förslag om vilken tillverkningsberedskap som behöver finnas utöver den lagring av läkemedel och material som bör finnas hos olika aktörer,
- ta ställning till om s.k. beredskapsapotek, dvs. apotek med ett särskilt ansvar för att säkerställa läkemedelsförsörjningen till enskilda, är en lämplig åtgärd för att säkerställa tillgången till läkemedel i en krissituation eller vid höjd beredskap och i så fall föreslå hur ett sådant system ska utformas, och
- föreslå vilka aktörer som ska ansvara för olika uppgifter och i fråga om läkemedelsförsörjningen särskilt ta ställning till och vid behov lämna förslag om vilka uppgifter som de statligt ägda bolagen Apoteket AB och Apotek Produktion & Laboratorier AB lämpligen kan ansvara för.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Utöver vad som sägs om samråd i tidigare direktiv ska utredaren samråda med Kommissionen för utvärdering av åtgärderna för att hantera utbrottet av det virus som orsakar sjukdomen covid-19 och andra utredningar som har ett uppdrag som berör utredarens uppdrag.

I den mån de förslag som lämnas berör skyddet för de grundläggande fri- och rättigheterna ska utredaren analysera hur förslagen förhåller sig till detta skydd.

Enligt dir. 2019:83 ska uppdraget redovisas senast den 30 september 2021. Utredningstiden förlängs. En delredovisning ska i stället lämnas senast den 1 april 2021 i de delar som rör försörjning av läkemedel och hälso- och sjukvårdsmaterial. Uppdraget i övrigt ska i stället redovisas slutligt den 28 februari 2022.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2021:69

Tilläggsdirektiv till Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap (S 2018:09)

Beslut vid regeringssammanträde den 2 september 2021

Ändring i uppdraget

Regeringen beslutade den 9 augusti 2018 kommittédirektiv om hälso- och sjukvårdens beredskap och förmåga inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap (dir. 2018:77). Utredningen har tidigare fått tilläggsdirektiv (dir. 2019:83 och dir. 2020:84).

Uppdraget ändras nu på så sätt att utredaren inte ska se över behoven av en mer flexibel lagstiftning vid allvarliga hälsohot med konsekvenser för samhället eller pröva om enbart vissa av smittskyddslagens (2004: 168) bestämmelser bör vara tillämpliga vid en viss allmänfarlig sjukdom i vissa situationer. Utredaren ska inte heller pröva om beredskapsbemyndiganden i smittskyddslagen är ändamålsenligt utformade och tillräckliga.

En översyn av hur smittskyddslagens bestämmelser bör utformas för att fungera även i en pandemisituation kommer att göras inom ramen för ett uppdrag om författningsberedskap inför framtida pandemier (dir. 2021:68).

Kontakter och redovisning av uppdraget

Utöver vad som sägs om samråd i de ursprungliga direktiven ska utredaren samråda med utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier och andra utredningar som har ett uppdrag som berör utredarens uppdrag.

Utredningstiden ligger fast. Uppdraget ska alltså slutredovisas senast den 28 februari 2022.

(Socialdepartementet)

Utredningens referensgrupp

Mikael Edlund (S)	Kommunalråd och ordförande för vård och omsorgsnämnden i Eskilstuna kommun
Bengt Germundsson (KD)	Kommunstyrelsens ordförande i Markaryds kommun
Anders Henriksson (S)	Andre vice ordförande i SKR
Ann-Marie Johansson (S)	Andre vice ordförande i regionstyrelsen i Region Jämtland Härjedalen
Hans Karlsson	Kommundirektör i Arvika kommun
Marie Morell (M)	Andre vice ordförande i regionstyrelsen i Region Östergötland
Carl-Johan Sonesson (M)	Regionstyrelsens ordförande i Region Skåne
Anna Starbrink (L)	Hälso- och sjukvårdsregionråd i Region Stockholm
Karin Sundin (S)	Regionråd och ordförande för hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Örebro län
Hans Svensson	Regiondirektör i Region Jämtland Härjedalen

Statens offentliga utredningar 2022

Kronologisk förteckning

1. Förbättrade åtgärder när barn misstänks för brott. Ju.
2. En skärpt syn på brott mot journalister och utövare av vissa samhällsnyttiga funktioner. Ju.
3. Sveriges tillgång till vaccin mot covid-19 – framgång genom samarbete och helgardering. S.
4. Minska gapet. Åtgärder för jämställda livsinkomster. A.
5. Innehållsvillkor för public service på internet – och ordningen för beslut vid förhandsprövning. Ku.
6. Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga. Del 1 och 2. S.

Statens offentliga utredningar 2022

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

Minska gapet. Åtgärder för minskade
livsinkomster. [4]

Justitiedepartementet

Förbättrade åtgärder när barn misstänks
för brott. [1]

En skärpt syn på brott mot
journalister och utövare av vissa
samhällsnyttiga funktioner. [2]

Kulturdepartementet

Innehållsvillkor för public service på
internet – och ordningen för beslut vid
förhandsprövning. [5]

Socialdepartementet

Sveriges tillgång till vaccin mot covid-19
– framgång genom samarbete och
helgardering. [3]

Hälso- och sjukvårdens beredskap
– struktur för ökad förmåga.
Del 1 och 2. [6]